



الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة

عدد 2

اضطرابات الشدة التالية للصدمة من منظور عربي

(الجزء الأول)

إشراف: د. جمال الترك

عدد 2 - 2012

إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية

5	رسالة المحرر/ EDITORIAL LETTER
5	وباء الإحباط العربي عبر الصدمات المتتالية - محمد أحمد النابلسي
9	الملف : إضطرابات الشدة التالية للصدمة من منظور عربي
9	اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية - قاسم حسين صالح
14	الآثار النفسية للخببرات العادمية - سامر جميل رضوان
19	المقاربة المعرفية البيولوجية لاضطرابات الشدة التالية للصدمة - س.ج. الله، م. بركو
36	التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء الفلسطينيين المحررين - أنور سعدي وادي
57	PREVALENCE OF PTSD AND ADHD AMONG PALESTINIAN CHILDREN - Abdel A. THABET
65	دور الأزمات في إثارة المخاوف - سوسن شاكر الجلي
77	الأطفال تحت الظل - أنور سعدي وادي
85	EXPRESSIVE WRITING THERAPY FOR VICTIMS OF TRAUMA - Abdelaziz Mousa THABET
89	أثر فقدان على الصحة النفسية للأرامل والشكالي الفلسطينيين - خولة أبو بكر
95	الخوف واضطراب ما بعد الصدمة - داليا عزت مؤمن
99	المساندة النفسية لمتضرري الحروب والكوارث (ج 1 - ج 2) - د. مؤمن، د. الشيمي
113	قراءات ... في الملف
113	■ معالجة العنف الجمعي ... مبررات تدخل الطب النفسي - طارق عكاشة
114	■ TRAUMATIC SITUATIONS IN PSYCHIATRY&ISLAMIC PERSPECTIVES: L. EL-SHERBINY
116	■ صدمات وشدائد سيكولوجية ... الحروب قاهرة النفوس - خليل فاضل
117	■ الإضطرابات النفسية ما بعد الضغوط الصدمية - س. جبار الله
120	■ الصدمة النفسية الناجمة عن انتفاضة الأقصى - عبد العزيز ثابت
121	■ الأبعاد النفسية لحرب الشرق الأوسط السادسة - خليل فاضل
122	■ الواقعة قد وقعت والصدمة قد حصلت - عدنان حب الله
123	■ الآثار النفسية المستقبلية للعدوان على لبنان - محمد أ. النابلسي
125	■ العناية بضحايا العنف - محمد أ. النابلسي
126	■ صناعة الحرب وثقافة السلالمة - قدري حنفي
127	■ الآثار النفسية لأحداث ومشاهد الحرب - لطفي الشرييني
129	■ EFFECT OF BOMBARDMENT ON PALESTINIAN CHILDREN - Abdelaziz Mousa Thabet
132	أبحاث ومقالات PAPERS & ARTICLES
132	الإنسان ... عن القطرة والأطف - محيى الرخاوي
138	تدريب المتأخرين عقليا على مهارات السلوك الاستقلالي - بشير معمري
149	ADAPTATION OF THE WISC-111 IN SUDAN AND JAPAN - Omar KHALEEFA
155	العنف الأسري وأثره على الصحة النفسية للطفل - و.أ. قشقه، ع. ثابت
170	CULTURAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH PRACTICE IN ARAB COUNTRIES - A. IBRAHIM
175	قلق الموت لدى الأستاذ الجامعي العراقي - فارس نظمي، لؤي جبر
179	الصحة النفسية لدى أبوزيد البلداني - الزبير بشير طه
185	النمو الخلقي لدى طالبات الجامعة بعد مرحلة الحرب - فؤاد م. ف. الجابري
202	اضطراب نقص الانتباه المترافق بفرط النشاط عند البالغين - وفاء موسى، ك. ريشكه
209	سيكولوجية السادية والمازوشية - بوفولة بوخميس
214	العنف اللفظي في تجارب أطفال - لؤي عبد الله دنان
219	قراءات ... مقالات موجهة
219	■ قيم القية - مهدي المنجيرة
221	■ الدين والعلم والسياسة - قدري حنفي

222	لبنان ... المقاومة - عبد الرحمن ابراهيم
222	الألهم العامت ... والصمت المؤلم - عبد الرحمن ابراهيم
223	نحو إدارة حكيمه لخلافاتنا - قنري حنني
223	لغة الجسد في العلاج النفسي - عبد الرحمن ابراهيم
224	المريض المغوي THE SEDUCTIVE PATIENT - عبد الرحمن ابراهيم
227	المريض الغاضب THE ANGRY PATIENT - عبد الرحمن ابراهيم
228	الخطوط بين المقاومة وأساليبها - قنري حنني
229	... لا شيء دون ثم - !! - يحيى الرخاوى
230	بدل من المعارك الفكرية الكئيبة - قنري حنني
231	حروب ينتصر فيها الجميع - قنري حنني
232	 أدنى من النمى الأبيض !! - يحيى الرخاوى
233	التحليل النفسي لشخصية العسكري الأمريكي في العراق - فارس كمال
234	ملاحم الإضطرابات النفسية لدى الجنود الأمريكيان؟! - الجمعية النفسية
236	ظاهرة إطلاق العيارات النارية في الهواء - لؤي خزعل جبر
238	مراجعة كتب / BOOKS REVIEW
238	مدخل إلى سيبرنطية التفكير - سليمان جار الله
241	اضطرابات الشخصية (فكرة وجبة) - عبد الرحمن ابراهيم
247	مراجعة مجلات / JOURNALS REVIEW
247	الثقافة النفسية المتخصصة - م 17 العدد 66
253	المجلة العربية للعلماء النفسيين - م 17 العدد 01
257	مؤتمرات نفسية / PSY CONGRESS
257	المؤتمر الفرنسي الجزائري الثالث للعلماء النفسيين - منتبولى، فرنسا
263	المؤتمر العربي العاشر للعلماء النفسيين - الجزائر
266	الملتقى الدولي المتخصص في التخصصات - سكيكة، الجزائر
269	المؤتمر الإقليمي الثاني لعلوم النفس في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - الأردن، عمان
273	ندوة الجمعية البريطانية للعلماء النفسيين - جدة، السعودية
276	الأيام التونسية الأولى - تونس
277	المؤتمر المغاربي ال XXV للعلماء النفسيين - الجزائر
281	الفارق الجنس - الرباط، المغرب
287	يوم العلم في الثالث عشر - تونس
289	أجنحة المؤتمر - خريف 2006
292	ماجستير الطب النفسي / PSY MASTER
292	الطب النفسي الشرعي والاختصاصات القضائية
297	جمعيات نفسية / PSY ASSOCIATIONS
297	الجمعية الأردنية لعلوم النفس
299	المركز الأوروبي للتحقيق والرعاية النفسية لأسرة المهاجرة
302	جوائز عربية / ARAB PRIZES
302	جائزة ابن رشد للفكر الحر 2006
304	انطباعات / APPRECIATIONS
304	أطباء نفسيون وأساتذة علوم النفس
308	مصطلحات نفسية / PSY TERMINOLOGIES
308	FRANÇAIS « C » / عربية " تد " / « C » ENGLISH - جمال التركي

وباء الإحباط العربي عبر الصدمات المتتالية

أ.د. محمد أحمد النابلسي - الطبيب النفسي، لبنان

nabulsy@cyberia.net

الكارثة الشخصية هي أدنى درجات السلم الكارثي. فهي تشمخ عادة حول الأزمات التي تعترض الشخص الفرد في مجالات المهنة والصحة والسعادة ولغايات قلق الموت الشخصي (1). وهي مشاعر خبرها الإنسان الأول ليرتقي فوقها وينسأ في الإحباط الإنساني العام. بدءاً من الأسرة ولغايات البشرية من وراء الأمة وجماعاتها العرقية. وهذا النسأ مرتبط بآثار الأمة ارتباطاً مباشراً. فالآثار الأسمى، والإنساني عامة، هو المراجعة التاريخية للعلاقات الإنسانية.

لذلك نلاحظ نحن معشر الأطباء النفسيين، أن الكارثة الجماعية أقسى من الكارثة الشخصية الفردية. كما نلاحظ أن الكارثة المعنوية هي أقسى وأشد الكوارث التي عرفها البشرية وطأة. فعندما تظال الكارثة الأمة فهي تساوي تهديد غريزة استمرارية النوع وإبادته. وهي غريزة تفقدتها الجماعات عديدها التراث (2).

ولقد شهد زملاؤنا الفرنسيون مثل هذه الكارثة ورصدوها لدى سكان برنانيا الفرنسية. إذ لاحظوا ارتفاع نسبة الانحمار بينهم ولاحظوا علاقة هذه الزيادة باضمحلال لغتهم البرنونية. واللغة هي أهم النظر الرمزية للجماعة. كما أكد الزملاء وجود علاقة شديدة الدلالة بين تنامي الشعور القومي الفرنسي (صعود اليمين واليمين المتطرف وتأيد المواقف المؤكدة على قرائات الجماعة... إلخ) وبين التهديد الذي تعرضت له اللغة الفرنسية بمناسبة العولمة.

ملاحظة الزملاء الفرنسيين تنضاعف في حال تطبيقها على حالتنا العربية الحالية، حيث التهديد يطال كل النظر الرمزية لأمتنا ولا يقتصر على اللغة وحدها. فالتهديد يطال نظمنا التربوية والتعليمية والدينية والاجتماعية والسياسية. ونحن نعلم أن حكمانا يشبهون غالباً الأب القاسي الذي يضطهد أفراد أسرته. إلا أننا ندرك أنه يبقى والدنا ملتزماً بالنظر الرمزية وخاضعاً للغير الثابتة في قرائنا ولا وعينا الجمعي. في المقابل فإننا نرى أن المتنقذ الافتراضي لا يسعى لخليصنا من ظلم الأب القاسي بل هو يرغب في اغتصاب خيراتها وفي إقصاء قيمنا وهدم نظمنا الرمزية. الأمر الذي وضعنا في مأزق كارثة معنوية شديدة الوطأة على موقفنا من الحياة وفوقنا فيها. حيث بدأ الكارثة من خلال تحويل صورتنا العربية إلى صورة الأمة الشريرة والإرهابية. وفي هذا الشؤ، إساءة للشعوب العربية وقرائها وأذى يطال الأفراد والجماعات العربية في آن معاً. وذلك دون أن تكون لهذا الأذى أية علاقة بالديمقراطية أو بالحقوق بل دليل التمييز العنصري الممارس بصورة متصاعدة ضد الأفراد العرب من فهم المنكبين مع أنماط الحياة الغربية. هذا مع رفض كل التآزلات المقلدة من قبلنا لتجميل هذه الصورة والتكيف مع رغبات المعتدي ومصالحه.

مقدمة

الوضعية تتفجر كافة الدفاعات النفسية في آن معاً. حيث نجد آلية التسامي (Sublimation) تمارس من قبل الاستشهادي الذي لم يعد يرى معنى لحياته فينفقها للحفاظ على استمرارية الذات وللاحتجاج على إبادتها. كما نجد آلية التوحد بالمعتدي تمارس عبر المحاولات المستميتة التي يبذلها بعض العرب لكسب ود المعتدي عله يدفع أذاه.

بناء على ما تقدم يجد الإنسان العربي نفسه اليوم خارجاً من سلسلة كوارث معنوية متتالية ومهدداً بسلسلة قادمة من هذه الكوارث (3). وهي وضعية عصية على الاحتمال البشري وإن كانت غير مفهومة من قبل معدومي التراث. وتحت ضغط هذه

- الممارسة العشوائية لكل الدفاعات النفسية (المشروحة أعلاه).
- تنامي مشاعر عدم اطمئنان الجمهور للسلطة في تجسيد حالة تهاوي الأنا المثالي. ومن تجلياتها الشعور بعجز السلطة عن حماية جمهورها.
- حالة التفكك (Depersonalisation) التي تبرز التناقضات الداخلية وتظهرها للعلن بحيث يسهل تحديدها تمهيداً لتفجيرها الاصطناعي. بما من شأنه تهديد لمة المجتمعات المحلية ودفعها للتناحر على أسس هذه التناقضات.
- علائم غير مذكورة أعلاه.

هذا ويعتبر الطب النفسي أن مجمل هذه المظاهر هي علائم مرضية تحتاج للعلاج وتؤثر على التوازن النفسي والاجتماعي. وعمومية هذه المظاهر (الناجمة عن انتشارها الوبائي الواسع بين المواطنين العرب) مدعاة لإعلان حالة طوارئ نفسية على مستوى الأمة العربية والإسلامية. حيث تشير وقائع الصدام العالمي الراهن إلى بزوغ عهد جديد من العبودية والعنصرية (4). بما يبرر النظر إلى هذه المظاهر النفسية على أنها مصنعة عبر الحروب المعلنة للصدام العالمي الجديد والتي توالى في منطقتنا وفق خطة مدروسة ومعلنة تهدف إلى إحداث تعديلات جذرية في نظامنا القيمي والديني والاجتماعي. ولعل حرب العراق والاحتلال التابع لها إشارة واضحة على الغايات القصيرة الأمد لهذا الصدام. وهي غايات تحتاج إلى نشر وباء الإحباط العربي عبر الصدمات النفسية القومية المتتالية وعبر تعقيد المظاهر المرافقة لها والتي ذكرناها أعلاه.

الإختصاص في مواجهة الكوارث المعنوية

ما لا شك به أن للأطباء النفسيين العرب دوراً حيويّاً في مواجهة هذه الظواهر المرضية الوبائية. حيث الخطوة الأولى لهذا الدور تتمثل في تعريف الإنسان العربي على هذه المظاهر وتأكيد عموميتها. بحيث يشعر المواطن بمجاعة هذه المعاشية الصدمية وبأنه ليس وحيداً فيها. وهذه التعريفات يمكنها أن تلعب دوراً وقائياً من الدرجة الأولى في مواجهة هذا الصدام. وتراثنا يحتوي على حكايات كثيرة حول الملك الذي قتل كل أطفال مملكته استجابة لنبوء عراف قال إن أحدهم سيهدد عرش الملك عندما يكبر. والمقابل الأميركي لهذه الحكاية هي حكاية وولفويتز حول الحرب الاستباقية التي لن تكتفي باغتيال الشعب العراقي بل هي تنوي تجاوزه إلى كل المنطقة. وذلك وفق تأكيدات التقارير الأميركية التي تتحدث عن تغيير خريطة المنطقة العربية. بما يشكل جراحة جراحية وحشية تهون معها جراحات معاهدة فرساي واتفاقية سايكس بيكو. ويبدو أن على الأطباء النفسيين العرب أن يبدؤوا عملهم في تحضير الشعوب العربية وتهيئتها لمواجهة هذه الجراحات الوحشية التي تبدو قادمة. ولعل الخطوة

وبينهما محاولات الإزاحة بحيث يزيج بعضهم الأذى عن طريق إدانته للعرب الآخرين رغبة في الخروج من دائرة التهديد. وغيرها من الآليات النفسية الدفاعية الممارسة من قبل الأفراد والجماعات العربية المختلفة. حيث استمرار التهديدات وديمومة هوام تكرار الكارثة (العراقية والفلسطينية وغيرها) علائم تثبت عدم جدوى كل هذه الآليات الدفاعية وتبقى تهديد الإبادة قائماً.

العلائم النفسية للكارثة العربية

ما تقدم يحق لنا الاستنتاج بأن الشخصية العربية اليوم تعاني وطأة قائمة من الصدمات النفسية المتراكمة ومن تهديد متواصل لاستمراريتها. ومن مظاهر الصدمة النفسية العربية الجماعية يمكننا رصد العلائم التالية:

- مشاعر الذنب أمام معاناة الشعب العراقي الذي وصل إلى حدود إذلال الجوع والمرض. وهي مشاعر مألوفة لدى الناجين من الكوارث.
- مشاعر الذنب أمام معاناة الشعب الفلسطيني وهو على وشك الإبادة والتشتيت (الترانسفير).
- مشاعر الخوف من تكرار الكوارث العربية الاصطناعية السابقة بأشكالها المختلفة من عسكرية واقتصادية واجتماعية وحروب أهلية وغيرها.
- مشاعر توقع كوارث اصطناعية قادمة غير ممكنة التجنب. وهي مدعومة بتقارير مخبرية مسربة بصورة مقصودة لتجسيد تهديدات ملموسة ومحددة جغرافياً.
- مشاعر الخوف من الموت الشخصي والجماعي تحت تهديد حروب موعودة. وهو خوف دعمته الأعداد الهائلة للقتلى والضحايا في حرب العراق الأخيرة.
- علائم التجنب الهادفة لتلافي المصير العراقي أو الفلسطيني.
- الرغبة في الانسحاب والتقوقع على الذات للتهرب من الأخطار المهددة للأمة. وهذا الانسحاب يمكنه تفجير الصراعات البينية بين الجماعات الفرعية (حروب أهلية عربية).
- مشاعر الحداد والفقدان المتطورة على أنواعها. وهي تتراوح ما بين الرعب وفقدان القدرة على الفعل وبين الرغبة في الانتقام.
- مخاوف الفقدان الاقتصادية بعد التحول إلى هدف لسياسة الإفقر التي باتت تمارس بصورة معلنة ومباشرة. وذلك بعد رؤية دولة نفطية مثل العراق تتحول إلى المجاعة تحت وطأة الاحتلال.
- استعجال الموت للخلاص من الإذلال المرافق للكارثة المعنوية. وهو استعجال يتراوح ما بين الزهد والنكوص الديني وبين الاندفاع نحو الاستشهاد.

من أضرار الكارثة نفسها. والإعلام هو المرشح الأول للعب هذا الدور عبر مساعدة الجمهور على الاستبصار وتهينته لمواجهة فوضى الانفعالات.

- التعامل مع الدعاية والدعاية المضادة:

وهو ما يسمى بالحرب النفسية الإعلامية. حيث حساسية الموقف في وضعية الكارثة تجعل من أسلوب صياغة الخبر صانعة لتوجهات الجمهور. مثال ذلك خبر سقوط انفرس البلجيكية في الحرب العالمية الثانية. حيث صاغت الصحافة الألمانية الخبر على الشكل التالي: ... استقبلت انفرس القوات الألمانية بقرعها أجراس الكنائس. في حين صاغت الصحافة الإنجليزية الخبر كما :

بعد دخولهم انفرس أجبر الألمان رهبان انفرس على قرع أجراس الكنائس.

- **تثقيف الجمهور:** في حالة الكارثة يصبح الإفراج عن معلومات مكبوتة بعينها ضرورة لتحسين الجمهور ضد المفاجآت المنطلقة من الإعلام المضاد على كافة الصعد وبخاصة على الصعيد الإخباري.

- **تخصيص الجمهور:** في هذا المجال يتحمل الإعلام أعباء الوقاية الاجتماعية (نفسية وسياسية وصحية وغيرها). وذلك انطلاقاً من واقعة أن الحدث المتوقع والمتخيل يكون أقل وطأة وضرراً من الحدث المفاجئ وغير المتخيل.

هذه المحاور الأربعة تلخص دور الإعلام في مواجهة الأوضاع الكارثية والتقليل من أضرارها. وهذا الدور الإعلامي يجب أن يتكامل مع مختلف الاختصاصات المعنية بهذه الأوضاع. حيث نعد هنا الخبراء العسكريين والاستراتيجيين والأطباء النفسيين وخبراء الدعاية والدعاية المضادة والمتخصصين في علاج صدمات الحرب والأوضاع الإنسانية والاجتماعية التالية لها.

الكارثة العراقية

بغض النظر عن تلوينات الداخل العراقي وتناقضاته فإن الإنسان العراقي لا بد له من استشعار وضعية الاحتلال بصورة سلبية. فالإنسان يستمد مشاعر أمنه واستقراره من خلال شعوره بالقدرة على الفعل. وهو شعور متعارض تماماً مع فكرة التبعية الاحتلالية.

هذه الحاجة الإنسانية تؤكد عمومية المعاناة العراقية بغض النظر عن الانتماءات الفرعية داخل الجماعة (الشعب ككل) العراقية. مما يدعونا إلى ضرورة الالتفات لمعاناة الإنسان العراقي بمعزل عن عوامل التنافر العراقية. وهي عوامل لا ننكرها ولا نتجاهلها ولكننا نؤكد تقديم المعاناة عليها جميعها مهما كانت حديثا ومحركاتها. ومن وجوه هذه المعاناة الإنسانية التي تتطلب الدعم العاجل للمنظمات الإنسانية عابرة

الأولى في هذا التحضير هو تأكيد أن القوة وحدها لا تكفي لتحقيق النصر. فالنصر يكون من نصيب الأكثر تصميمًا. ولنتذكر القول الصيني خلال حرب الأفيون: ... أيها الغزاة البرابرة ماذا تملكون غير نيران مدافعكم ووحشية أسلحتكم؟...

ولو أردنا تنظيم سبل التحرك الاختصاصي في مواجهة هذه الكوارث المعنوية فلا بد لنا من العودة إلى اختصاص الصدمة في سيكولوجية الحروب والكوارث. حيث يرى هذا الاختصاص بأن الهدف الأول لمثل هذا التحرك هو الحفاظ على مستوى اللياقة النفسية في مجتمع الكارثة. مما يقتضي التنبيه إلى المعيشة الفردية للأوضاع الكارثية (5). حيث تلاحظ الدراسات ترافق هذه الأوضاع مع الانتشار الوبائي لبعض الاضطرابات النفسية وأكثرها انتشاراً التالية:

- قلق الموت (مخاوف الموت الشخصي).
- الوسواس المرضية (الخوف من الإصابة بأمراض مميتة).
- الفوبيا على أنواعها (مخاوف مرضية من الحرب والقصف والانفجارات... إلخ).
- مظاهر اضطراب الشدة عقب الصدمة.
- العلائم الاكتئابية المصاحبة لمشاعر الخسارة وللتهديد المستمر.
- قلق المستقبل.
- فقدان الشعور بمجدوى الفعل.
- ردود الفعل الفردية أمام التغييرات الحاصلة بسبب الكارثة.
- تنامي احتمالات انتكاسات الأمراض النفسية والجسدية.
- ظهور عوارض أو أمراض جسدية على علاقة بشدة الكارثة.

إن الانتشار الواسع لهذه الاضطرابات يجعل من علاجها والوقاية منها هدفاً رئيسياً من أهداف التعامل مع الأوضاع الكارثية. وبطبيعة الحال فإن هذه الحاجات العلاجية تكون أكثر إلحاحاً في المجتمعات المتعرضة للكوارث وللتهديد بصورة مباشرة.

الإعلام في مواجهة الكوارث

في هذه الحالات يلعب الإعلام دوراً من الدرجة الأولى في كافة خطوات المواجهة. ومن مستويات الدور الإعلامي نذكر الرئيسية منها وهي:

- **المساعدة على تقنين الانفعالات:** حيث تولد الكارثة ردود فعل انفعالية بالغة لدى الجمهور. وهي انفعالات غير مدروسة وفاقدة للمعلومات مما يستوجب تقنينها وتوجيهها في الاتجاه الصحيح الذي يجنبها فوضى الانفعالات. وهي فوضى قد تخلف أضراراً أقسى

مناطق الحرب بصدمات نفسية ناجمة عن أهوال الحرب وشدائدها.

وكنا قد خبرنا هذا الانتشار الوبائي لصدمات الحرب في مجتمع الحرب اللبنانية. وتشير خبرتنا إلى استمرارية مظاهر هذه الصدمات بعد مرور عشرين عامًا على نهاية تلك الحرب. واستنادًا إلى هذه الخبرة وخبرتنا المتبادلة في المجال مع الزملاء في فلسطين واليمن والكويت فإننا نستطيع التأكيد على تعقيد الحالات الصدمية العراقية. إذ إن لهذه الحالات صفة التراكمية بدءًا من الحرب العراقية الإيرانية مرورًا بحرب العراق الأولى والحصار والقصف المنتظم المرافق له وصولًا إلى حرب العراق الأخيرة. وما تلاها من فوضى أمنية ونيان صديقة وغيرها من مظاهر التهديد الذاتي وتهديد الأعداء والسلب المعنوي لتاريخ العراق وجغرافيته. عداك عن شبح الصراع الأهلي الذي يوحى به الاحتلال تلميحًا للخروج من مأزقه.

هذه المعاناة، بمختلف وجوهها تدعو إلى ضرورة التحرك لدعم الإنسان العراقي ومساعدته في مواجهة هذه المعاناة. حيث تشير الدراسات العسكرية إلى إصابة أكثر من ثلثي السكان في مناطق الحرب بصدمات نفسية ناجمة عن أهوال الحرب وشدائدها.

مراجع وهوامش

4. مجموعة من الباحثين: الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث / دار النهضة العربية - بيروت 1991

<http://psychiatre-naboulsi.com/moulifat/mouli8.html>

5. محمد أحمد النابلسي: العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان/ مركز الدراسات النفسية - لبنان 2001.

<http://psychiatre-naboulsi.com/moulifat/mouli10.html>

6. محمد أحمد النابلسي: الشخصية العربية في عالم متغير/ من كتابه العرب والمستقبلات./ دار النهضة العربية بيروت 1999

<http://psychiatre-naboulsi.com/moutamarat/moutamarat21.html>

4. الفن توفلر: تحول السلطة.

<http://mostakbaliat.com/link45.html>

5. جماعة من الباحثين: سيكولوجية الحروب العربية/ مجلة الثقافة النفسية المتخصصة - مركز الدراسات النفسية/ يوليو 2003 .

<http://www.psynterdisc.com/noindex.html>

القارات نذكر التالية:

- **تردي الأوضاع المعيشية** لدرجة العجز عن تأمين الغذاء والدواء والحاجات الإنسانية الأولية والأساسية.
- **صدمة فقدان**، حيث أوقعت الحرب الأخيرة ضحايا تفوق الأعداد المعلنة إضافة إلى اكتشاف ضحايا جدد من بين المساجين بعد سقوط النظام.
- **الصدمة المعنوية**، وهي متعددة الصعد بحيث تطال كافة وجوه الانتماء وتهديد الهوية العراقية تهديدًا يصل إلى حدود الشيزوفرانيا الجغرافية (شبح التقسيم).
- **الخسائر المادية**. وتطال الممتلكات والأموال والأدوار الاجتماعية والسياسية وإعادة التوزيع العشوائي لهذه العوامل. حيث طرحت فترة ما بعد الاحتلال تنظيمًا انقلابيًا للمجتمع العراقي. بحيث غاب تمثيل الجماعات العراقية الأساسية مع شلل قدرتها في الحفاظ على حقوقها وخيراتها.
- **أجواء التهديد المستمرة**، حيث يعجز الاحتلال عن تأمين عوامل الأمن والاستقرار الاجتماعيين. وحيث يهدد جنود التحالف حياة العراقيين مدفوعين بمشاعر الخوف وتعاطي الكحول والمخدرات والعنصرية التي تخولهم حق القتل مجرد الشعور بالخوف. ومن الأمثلة على ذلك قتلى الأعراس العراقية والنيان الصديقة.
- **الفقدان الكلي للرقابة العراقية على خيارات البلد** وثرواته وأمواله، حيث جرى استجواب برير حول هذه المسائل في الكونغرس الأمريكي وليس في هيئة عراقية.
- **التهالك الأمريكي على خيارات البلد** وتوظيف الاحتلال لتمرير صفقات لصالح الشركات الأميركية وبخاصة تلك التابعة لأثرياء إدارة بوش. وهي أمور تهدد الإنسان العراقي في مستقبله، حيث يقدر للمديونية العراقية فترة وفاء لا تقل عن ثلاثين سنة.
- **كل مظاهر الصدمات النفسية المذكورة أعلاه.**

هذه المعاناة، بمختلف وجوهها تدعو إلى ضرورة التحرك لدعم الإنسان العراقي ومساعدته في مواجهة هذه المعاناة. حيث تشير الدراسات العسكرية إلى إصابة أكثر من ثلثي السكان في

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

اضطرابات السلوك الجنسي (شتاء 2007) - اضطراب الوجدان الثنائي في البيئة العربية (ربيع 2007)

APNjournal@arabpsynet.com - turky.jamel@gnet.tn

اضطراب ما بعد الصدمة ووط الصدمية

أ.د. قاسم حسين صالح * - علم النفس - العراق

qassimsalihy@yahoo.com

مدخل يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطاً نفسية متعددة. والضغط (Stress) هو أحداث خارجة عن الفرد ، أو متطلبات استثنائية عليه، أو مشاكل أو صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتراً أو تشكل له تهديداً يفشل في السيطرة عليه، وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة.

ولقد جرى تشخيص هذه الاضطرابات ودراستها بصورة منهجية تبعاً لوضوح أعراضها وشيوعها، والتقدم العلمي في مجالي علم النفس والطب النفسي. ويمكن تحديد "الهستيريا" بوصفها أول اضطراب من مجموعة الاضطرابات التي تعقب الأحداث الضاغطة يتم دراسته وتوصيف أعراضه بصورة منهجية، فيما يعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post Traumatic Stress Disorder) (PTSD) آخر اضطراب في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصنيف الطبية النفسية. على الرغم من وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل (Shell Shock) والصدمة العصبية (Nervous Shock). ففي عام (1980) تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي (DSM-III) (Weiten, 1998, P. 534 ; Eysenck, 2000, P. 691).

DSM-IV , 1994 , P.)

(PTSD)

(248

•(Acute Stress Disorder)

(1970)

(PTSD)

■ إشكالية المصطلح

Post)

Post Vietnam)

Concentration Camps)

Post - Concentration)

Post - Combat)

Parson) (Traumatic Neurosis)

(Vietnam Syndrom

(Traumatic States

(Syndrom

(Camps Syndrom

(Stress Response

(. 1985 . P. 171

(5)

Post-Traumatic Stress)

(ICD-10, 1992; DSM-IV, 1994) (Disorder- PTSD

Weiten, 2004)

(PTSD)

() (13) ()

. (Weiten , 2004 ; Gleitman , 1995)

(DSM-III-R , 1987)

" (Distress)

.(40 1998)

■ التصنيف

.(P. 148)

10

■ التوجهات النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

	“Psychoimmunogogy “ (Eysenck , 2000)	(PTSD) 1. التوجه الحياتي (البيولوجي) (Biological Approach)
(Biological) .(PSTD)	() (P. 693) 3. التوجه النفسي-الدينامي (Psychodynamic Approach)	(Genetic Factors) (Skreet al,1993) (Identical Twins) (Skre) .(Twins (Causation) .(85) "(PTSD) (Trueet. al., 1993)
	(Horowitz , 1986)	(0.41 + 0.28 +) .(0.24 + 0.11 +) (Foyet. al., 1987) (Foy)
.(1998) -(	(Horowitz) .(PSTD) 4. التوجه السلوكي (Behavioural Approach)	.(Eysenck , 2000 , P. 693 :) (PTSD) 2. التوجّه الحياتي الكيميائي (Biochemical Approach) () Krystal et.) (Event Traumatic) (al., 1989) (Dopamine) (Noradrenaline)
() (2000) .(Keane et. al., 1985) (PSTD)	() (Kosten et. al., 1987) (Kolk et. al.,) (PSTD) (1985)	.() .() (PSTD) (1985)
-(-(-(-(	() (Aviodance Learning) .(Weiten , 2004 :)	(Autanomic) .(Textbook of Psychiatry, 1997) -(Neurotransmitters) -(.(Eysenck , 2000 , PP. 691-695 :

(Solomon et. al., 1988).

(Eysenck , 2000).

(PSTD)

■ استنتاجات

(Eysenck , 2000 , P. 694).

(PTSD)

5. التوجه المعرفي (Cognitive Approach)

() .

(1999)

Foa et. al.,)

(1989

(Normal)

(Structure)

" (P. 167)

(Predictability)

*رئيس الجمعية النفسية العراقية

■ المصادر

• المصادر العربية :

- اليان، فالسا، جون. ج. (1997). تدبير عقى الكرب الرضحي بواسطة أسلوب التفريغ. المجلة العربية للطب النفسي. المجلد الثامن، العدد الأول.
- السامرائي، محمد عبد الحميد (1994). الاضطرابات النفسية لدى أسرى الحرب العراقيين العائدين من الأسر في الأسبوع الأول لعودتهم. المجلة الطبية العسكرية العراقية، المجلد السادس، العدد الأول.
- صالح، قاسم حسين (1997). الشخصية بين التنظير والقياس. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
- (1998). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.

• المصادر الأجنبية :

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.) , Washington , D. C : Author
- (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd. ed.) , Washington , D. C : Author .
- Carrison , C. Z. ; Weinrich , M. W. ; Hardin , S. B. ; Weinrich , S. & Wang , L. (1993). PTSD and adolescents after a hurricane . Am., J. Epidemiol. Oct. 138 (7) , PP. 522-30 .
- Davison , G. C. & Neale , J. M. (1996) . Abnormal Psychology Crevised Gth Edn., New York : Wiley.
- Eysenck , M. W. (2000) . Psychology . Astudent's handbook . Psychology Press Ltd, Publishers , UK .
- Foa , E. B. ; Skeketee , G. & Olasov , R. B. (1989) . Behavioural / cognitive conceptulaizations of post-traumatic stress disorder . Behavior Therapy , 20 , 155-176 .
- Foa , E. B. ; Riggs , D. S. & Gershuny , B

(Miller, 1995)

(Information-Process)

(Kelly , 1955)

") 1997 (19
(Structures)

(1997)

(Foa)

6. العوامل الاجتماعية (Social Factors)

(Solomon , Mikulincer & Avitzur , 1988)

(PTSD) .

posttraumatic stress disorder : A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology , 55 , 279-285 .

- Skre , I. ; Onstad , S. ; Torgeresen , S. ; Lygren , S. & Kringlen , E. (1993) . A twin study of DSM-III-R anxiety disorders Acta Psychiatrica Scandinavica, 88 , 85-92 .

- Sutker , P. B. ; Allain , A. J. R. & Winsted , D. K. (1993) . Psychopathology and Psychiatric diagnoses of world war-II pasfic theater prisoner of war survivors and combat veterans. Am. J. Psychiatry. Feb., 150 (2) : PP. 240-245 .

- True , W. R. ; Rice , J. Eisen , S. A. ; Meath , A. C. ; Goldberg , J. ; Lyons , M. J. & Nowak , J. (1993) . A twin study of gentic and environment contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. Archives of General Psychiatry , 50 , 257-264 .

- Weiten , W. (2004) . Psychology . Themes and Variations . Brooks / Cole Publishing Company .

- World Health Organization (1992) . The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva : Oxford University Press .

. (1995) . Arousal , numbing and intrusion : Symptom structure of PTSD following assault. American jprnal of Psychiatry , 152 , 116-120 .

- Fontana , A. R. (1995) . attempted suicide among vietnam veterans : A model of etiology in a community sample. Am. J. Psychiatry. 152 (1) : 102-109 .

- Gleitman , M. (1986) . Stress-response syndromes . (2nd. Edn) . New Jersey : Jason Aronson .

- Krystal , J. H. ; kosten , T. R. ; Southwick , S. ; Mason , J. W. ; perry , B. D. & Gillery , E. L. (1989) . Neurobiological aspects of PTSD, Review of Clinical and Preclinical studies . Behavior Therapy , 20 , 177-198

- Rothbaum , B. ; Fon , F. ; Riggs , D. ; Murdock , T. & walsh (1992) . Stress disorder in rape victims. Journal of Traumatic Stress , 5 , 455 , 475 .

- Sdorow , L. M. (1995) . Psychology . Wm. C. Brown , Inc.

- Solomon , Z. ; Mikulincer , M. & Avitzur , E. (1988) . Coping , Locus of control , social support , and combat-related

ARABPSYNET PAPERS SEARCH

www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

ARABPSYNET PAPERS

Send Your Papers Summary Via This Form
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

تهنئة عيد الإضحى 1427 والسنة الميلادية 2007

السادة الأطباء وأساتذة علم النفس

2007

كل عام و أنتم الخير...

عن أعضاء أسرة شبكة العلوم النفسية العربية

الأثار النفسية للخبرات الصادمة

الإرهاقات المتطرفة و الذبح النفسي

أ.د. سامر جميل رضوان - علم النفس - سلطنة عمان / سوريا

srudwan@hotmail.com

ملخص الدراسة: تعد اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة Post traumatically Stress reaction من أهم مواضيع البحث في وقتنا الراهن في علم النفس، نظراً للانتشار الواسع لهذه الاضطرابات وتزايد الاهتمام العلمي بها. فهل هي ذات أهمية أيضاً بالنسبة لحياتنا اليومية؟

لعل الشعب العربي -عبر تاريخه - من أكثر الشعوب تعرضاً للأزمات والصدمات النفسية الناجمة عن الحروب والكوارث التي صنعتها يد الإنسان. ففي كل بلد عربي نجد التاريخ يتحدث عن المصائب والصدمات التي سببت من الخارج أو من الداخل، صدمات اخترقت وتخرق بنية الإنسان المادية والنفسية، لتمزقها وتركها مشوهة تمتد آثارها لسنوات عديدة وربما طوال العمر وخلفة ورائها الحزن واليأس والاستسلام والخوف من المجهول والإحساس بعقدة الضحية الفاقدة للثقة بكل ما حولها تتوقع الخطر في كل لحظة وتشكك بنفسها وبالأخرين، ولتنقوع حول نفسها، ولتجعل من أفعالها مجرد ردود أفعال طائشة تعيد من خلالها تجسيد أزماتها وصدماتها وخاوفها بل وكوابيسها، ومع ذلك فما نزال من أقل الشعوب التي اهتمت بدراسة الآثار النفسية الناجمة عن الكوارث والأزمات قياساً على الكم الهائل من أزماتنا النفسية. وربما يرجع جزء من أسباب تخبط الأداء السياسي على مستوى "النخبة السياسية" إلى تشوه الوعي الناجم عن تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة للخبرات الصادمة. أما على المستوى الجمعي فيمكن اعتبار أننا جميعاً نعاني من تأثيرات متنوعة من الصدمة، شوهدت وتشوه خريطتنا النفسية إلى درجة أن ملاحظها لم تعد قابلة للقراءة، رموزها أكثر تشفيراً وغموضاً تضاريسها متصحرة تكاد تكون مقفرة.

■ المعاناة المهملة

2006

- التعرض الفردي لتأثيرات العنف:
() /

- مشاهدة تأثيرات العنف:

.(
- العنف الجمعي:

- الكوارث الطبيعية:

$$\begin{pmatrix} 1 & 0 \\ 0 & 1 \end{pmatrix}$$

- كوارث تكنولوجية:

- الإرهاقات الجسمية والنفسية الشديدة:

- أعراض اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة

- أعراض الذكريات

- أعراض التجنب

16

.(

" - - " - -
.()

)

.(

■ أعراض فرط الإثارة

:" "

■ هل تزداد اضطرابات الإرهاق ما بعد الصدمة؟

■ المشكلات الناجمة عن معاناة حدث صادم

" "

■ ردود أفعال طبيعية على أحداث شاذة

■ ما الذي يمكن فعله؟

" "

()

المعالجة النفسية لاضطرابات الإرهاق التالية للصدمة

()

اقرأ في العدد القادم:

ملخصات... العلاج النفسي اليوم



إصدارات

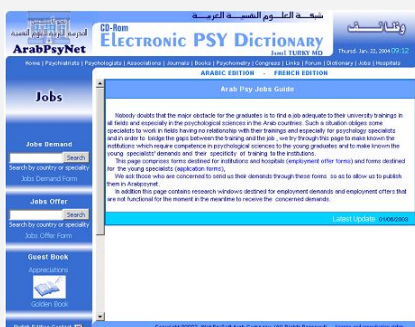
جمعية ممارسي النفسية والاستشارات النفسية

مجلة الطفولة العربية



www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

Arabpsynet Jobs Guide - English Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-jobs.htm

دليل الوظائف النفسية العربية – الإصدار العربي



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-jobs.Ar.htm

المقاربة المعرفية البيولوجية لاضطرابات الشدة التالية للصدمة

د. سليمان جبار الله - الطب النفسي - جامعة باتنة، الجزائر

أ. مزوز بركو - علم النفس - جامعة باتنة، الجزائر

s_djarallah@yahoo.fr

ملخص : يهدف المقال إلى تسليط الضوء على الجانب المنظور في علم النفس المعرفي و البحث في الجانب الخفي الذي ينشط من خلال العلاقة البيولوجية المعرفية في اضطرابات الشدة التالية للصدمة. انطلاقاً من تعرجات مختلف النظريات التي أرست معالم المفاهيم التي سمحت بفهم وتحليل الصدمة النفسية، إلى المقاربة النفسية المعرفية مع توضيح دينامية امتثال الصورة الذهنية لهذا الإضطراب. وبمجرد شديد نتعرض إلى الروابط المستعارة بين علوم الأنظمة المعقدة الحديثة وعلم النفس، وهذا فقط كإلتفاتة تجريدية بحته إلى الفكرة.

مع ظهور تقنيات الفحص خاصة منها التصوير العصبي الوظيفي، وتعدد الدراسات مابين التخصصات؛ أثار ذلك زيادة أهمية دراسة الأسس البيولوجية العصبية لمجموع العمليات المعرفية، بما في ذلك الأمراض النفسية. فتعددت بما لا حصر له، الافتراضات و النماذج المعرفية المفسرة لها. في نفس الإطار حاولنا وضع مخطط لنموذج بيولوجي معرفي لاضطرابات الشدة التالية للصدمة.

الكلمات المفتاحية: التوتر، اضطرابات الشدة التالية للصدمة، المعرفي، المعرفية- البيولوجية، نموذج، الصورة الذهنية، أنظمة معقدة.

Résumé : L'approche cognitivo-biologique des troubles de stress post-traumatique

L'objet de cet article consiste à retrouver, la partie visible de la psychologie cognitive, et de rechercher dans la partie invisible, celle qui active les liens biologique et cognitive dans les troubles de stress post-traumatique (TSPT).

En partant des différents virages théoriques posant les repères conceptuels, facilitant ainsi, la compréhension et la description de ce trauma psychique. On va ainsi aborder l'approche psychologique cognitive, en illuminant les différentes étapes de la représentation mentale du TSPT. Avec une certaine prudence, nous soulignons les liens métaphoriques entre les nouvelles sciences de la complexité et la psychologie. Simplement, pour susciter une réflexion, purement spéculative.

A l'événement des techniques d'exploration surtout la neuroimagerie fonctionnelle et la multiplicité des études interdisciplinaires, ont suscités un regain d'intérêt pour l'étude des bases neurobiologiques de l'ensemble des fonctions cognitive, dont les psychopathologies font partis. Cela a donné lieu à d'innombrable proposition des hypothèses et modèles cognitive explicatifs. Dans le même cadre on a proposé un model cognitivo-biologique des troubles de stress post traumatique.

Mots clés : stress, trouble de stress post traumatique, Psychologie cognitive, cognitivo-biologique, représentation mentale, modèle, systèmes complexes.

مخطط العمل لبحث

- ملخص
- مقدمة

1- تجاذب النظريات:

- 1-1- التحليل النفسي
- 2-1- السلوكية
- 3-1- الجشائية
- 4-1- الإرتباطية
- 5-1- المعرفية والأنظمة المعقدة

2- التشخيص و أنواع الإضطرابات
3- المقاربة المعرفية البيولوجية

1-3- المعرفية، تطورها و مجالاتها

2-3- المقاربة المعرفية النفسية

1-2-3- الحدث الكارثي

2-2-3- الصعق الحسي، الإستثارة

الفيزيولوجية و الإنفعال

3-2-3- فرط الإنتباه

4-2-3- المعالجة المعرفية لحالة

التوتر (الضغط)

5-2-3- الذاكرة و تكرار معاشة الحدة

6-2-3- التذكر و سلوك التجنب

7-2-3- التفكير، سيورة الأعراض ومآلات

الإضطراب

" (37).

" "

"

.(

"

"

(S.Freud S.,1926)⁽³⁷⁾.

— >

.

"

<

" (5)

" "

.

(S. Ferenczi, O. Rank 1924

3.1. النظرية الجشطتية

(

"

" "

(5 2)

.)

" (N .Abraham

" (12)

(..)

traumatisme : -1

4.1. النظرية الارتباطية

traumatique : -2

(-)

)

1952

)

.(

"

"

(Hayek
(20)

"

"

trauma : -3

"

"

Donald

)

1960

.(Hebb 1949

(12)

(Jérôme Bruner et George Miller

2.1. السلوكية

(Pavlov)

(Watson)

.(

(S-R)⁽⁵⁾.

B. Skinner

:(5)

)

+ =

(44) (Macleod, 1993

"

(

)

(52) "

(56)

< >

(39) (Globus et Arpaia 1994)
()

"
"Emergence"
(1996 Francisco Varéla,

"(Enaction)

(53)

(Tryon 1993)

)

(50) (

(Hollander 1994

5.1. المعرفية والأنظمة المعقدة (الدينامية، الحساسية للعوامل
الأولية، الجاذب والتكرارات)

2. التشخيص وأنواع الإضطرابات.

(38)

(15) (DSM-IV-TR. 2003)

(Ontologique)

1.2. معايير التشخيص

(15)

(22) (Lorenz

(38)(

((2 ()

..((

الجدول 1 . ملخص لمعايير تشخيص اضطراب الشدة التالي للصدمة .

- أ. (1) - أن يكون الفرد قد تعرض لحدث صدمي خارجي، يحمل في طياته خطر الموت أو إصابة بالغة . ويمثل ذلك تهديد لكيانه أو أنه شاهد أحداثا مرعبة أدت إلى موت أو إصابات بالغة لأشخاص آخرين؛ و إما نتيجة سماعه بموت مفاجئة وغير منتظرة، اعتداء خطير أو ما يهدد بالموت أو إصابات بالغة تعرض لها أحد أفراد العائلة أو قريب عزيز.
- (2) - أن يتضمن رد فعل الفرد خوف شديد، حالة احساس بفقدان الأمل أو الرعب (لدى الأطفال، الإستجابة تتضمن سلوك غير منظم أو تهيج)
- ب - أن يعيد الفرد معايشة الحدث الصدمي بصفة مستمرة.
- ج - يحاول تجنب المنبهات المصاحبة للصدمة بصفة دائمة مع انهك في النشاط العام (لا يوجد قبل الصدمة)
- د - ينتاب الفرد أعراض دائمة تدل على فرط النشاط العصبي المعاشي (لا يوجد قبل الصدمة)
- هـ - مجموعة الأعراض (ب، ج، د) تكون حاضرة على مدى أكثر من شهر.
- و - أن يصحب الإضطراب معاناة سريرية ملحوظة أو خلل في سير الحياة الإجتماعية ، المهنية أو في مجالات أخرى هامة.

الجدول 2. المعيار (ب) حالة التوتر الحاد.

- أثناء الحدث أو بعد معايشة الصدمة المؤثرة، فإن المصاب تظهر عليه ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التفككية التالية:
- احساس شخصي بالذهول، بالإنفصال أو غياب التنشيط الإنفعالي
 - ضعف مجال الوعي بالمحيط الخارجي (أن يكون في حالة من الضببية) .
 - الشعور باللاواقعية
 - تفكك و نشاط الشخصيه أو فقدان الذاكرة تفككي (أي عدم القدرة على تذكر شكل مرعب من الحدث)

الجدول 3. أسئلة هامة (أساسية) للتعرف على اضطراب مرتبط بحدث صدمي

- خلال الأسابيع الماضية أو الأشهر الأخيرة، هل (عايشتم) حدثا عرض حياتكم للموت أو لإصابة جسمية خطيرة ، أو حدث مثل ذلك لأحد اعزائكم؟
- أثناء أو بعد الحدث، هل شعرتم بخوف شديد، وأحسستم بعجز كبير أو رعب؟
- خلال الحادثة ، هل لديكم شعور بالإنفصال، وأنك غير واعي بمحيطك، و أنك لم تعد أنت بذاتك أو أنك غير قادر على تذكر شكل هاما (مرعبا) من الحدث.
- هل تستحضر من حين لآخر صورا عن الحادثة أو تعيش كابوسها ؟
- ما مدى تأثير هذه الأعراض على حياتك الخاصة والإجتماعية والمهنية؟
- منذ الحادثة، هل أصبحت تتجنب المواقف أو الأماكن التي لها علاقة بالحادثة، لأنها تولد لديك عدم الإحساس بالراحة؟

- منذ الحادثة، هل تنتابك أعراض مثل: صعوبة النوم، عدم استقرار، صعوبة التركيز، فرط في المراقبة والملاحظة أو كثرة الحركات المفرطة؟
- الأعراض السابقة التي تعرفنا عليها، كم لها من فترة زمنية ؟
- إلى أي مدى هذه الأعراض أثرت على حياتك الخاصة والإجتماعية والمهنية؟

2.2. أنواع الإضطرابات وأدوات التشخيص

- Eight State Questionnaire (ESQ) (1976).
- The Defferential Emotions Scale (DES) (Izard, Dougherty, Bloxom & Kotsch, 1974).
- Harder Personal Feelings (HPFQ) (Harder1990).

3. المقاربة المعرفية البيولوجية

1. 3. المقاربة المعرفية، تطورها ومجالاتها

(Solso 1991)

1- 1 :2)

(54 6)

(Ebbinghaus)

(J.Piaget)

< " "

28) " " (Cybernetics 1947)

(29)

2.2.3. الصعق الحسي، الإثارة الفيزيولوجية والإنفعال

1953-
1948

Fondation Macy
Hixon

1946
.1960

(28)

" 1967 (Alric Neisser)

. 1964

" Cognitive Psychology

"1970

Journal of Cognitive

" 1971 "Cognition

1976 " Science

.(29)1979 "Cognitive Science Society

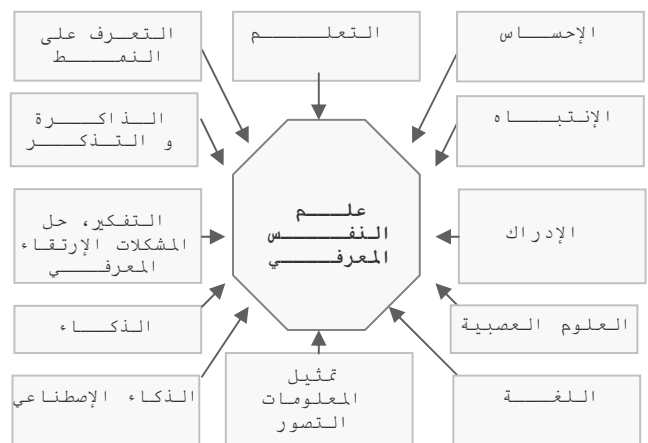
(29:54 6)

.(..

" Selye "

" hypothalamo-sympathico-adrénergique
(9)

.(8)

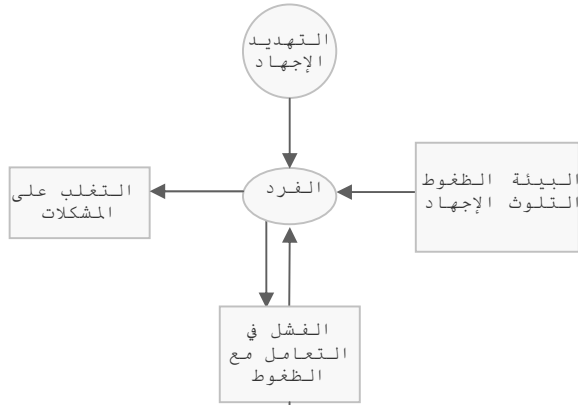


شكل 1

مخطط لأهم مجالات العلوم المعرفية

2.3. المقاربة المعرفية النفسية

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 - خريف 2006



شكل 5

نموذج كوبر يوضح بيئة الفرد كنموذج للضغط

Paulhan et Bourgeois,

(1995

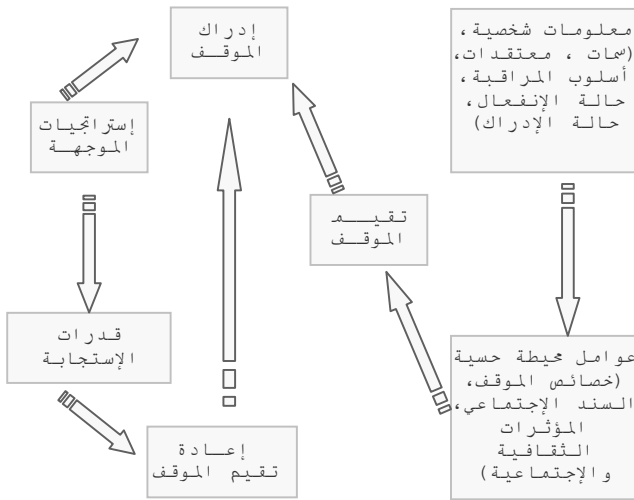
(32)

(6)

Hans Selye 1963

(9)

(4).



شكل 6

خطط بولان بورجواز للمقاربة النفسية للتوتر

(5)

(26)

(8)

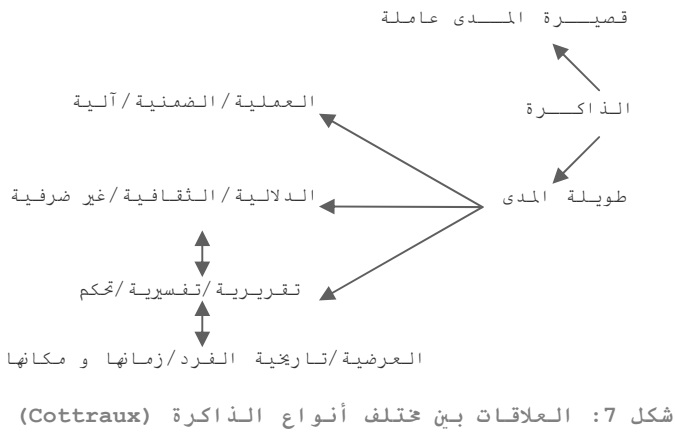
(- 1 :2)

()

(..)

(34) .
 1993 .) (Martins 1993)
 (Kekenbosch.Ch
 (10) . ()
)
 . (Cottraux, 2001)
 ()
)
)
 (7) (23) .

(45)



5.2.3. الذاكرة و تكرار معايشة الحدث

(34) .
 (6) " (1967 Neisser 1967)
 " "
 (Waugh et Norman 1965)
 . ()
 1968)
 (6,34) (Atkinson et Shiffrin)
 . ()
 " .

6.2.3. التذكر وسلوك التجنب.

(2 :2)
 (- 1 :2)
 :2)
 (1)

Craik et Lockart

7.2.3. التفكير، سيرورة الأعراض ومآلات الإضطراب

Alain Cardon, Ed

)

"(Eyrolles, 2000

8.2.3. امتثال الصورة الذهنية

"

(14)

)

(4) (Aaron Beck 1999

) "

.<

>

)

(

)

(

) " Attracteur

(56)

)

" (Varela Francisco et Henri Atlan

(52) "

المعنى الأول-----معالجة الرموز-----المعنى الملاحظ

(20 14)

(17)

(13)

3.3. المقاربة البيولوجية

1.3.3. البيولوجية هي معرفية والمعرفية هي بيولوجية

" Papez "

(7)

(35) (ERIC Albert 1994

John Stewart (1992) (Andrieu. B, (2002) ،

.Laborit

(Alain Brun et all, 2006

" (18)"

(11)

)
Blanchet

Tulving et al., 1994
(et al., 2000 ; 2002

(34)

Papez

(18)

Mishkin

(34)

2.3.3. الحلقة النفسية العصبية الغدية المناعية

(Andrews et al., 1996)

(15) "

Psycho-neuro-

(Broadbent 1958

(endocrono-immunologie.PNEI

(6) "

General Adaptation

"Syndrome" (9)

"Papez Maclean

افرازات الغدد (كورتول) (مكاد التهاب) إضعاف المناعة

(7,33)

"Interleukine 1 (IL1), IL6
(Tumor necrosis factor <TNF>)

(33)

(48)

)

(

()

)

()

(19 18 7)

.(...

II

"

ACTH

(48)"

(Adreno-corticotropic

-)

.hormone(ACTH)

()

3.3.3. الإضطرابات العضوية

(33-48)

()

)

.(

(9)

.{ }

4 . النموذج المعرفي البيولوجي.

Gregory Miler
Suzanne Segerstrom

19000

(300)

"

()

(8)

اثر و مراكز عصبية ← تنشيط عصبي مركزي ←

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 - خريف 2006

2 1)

(3 2 1) (3

(1)

(1)

()

(1 0)

(2)

" 2 "

" 2 "

(3)

(3 3)

5. العلاجات النفسية والدوائية

1.5. العلاجات النفسية

(36+43 11+23)

0,84

(46)

0,34

0,18

(43)

2.5. العلاجات الدوائية

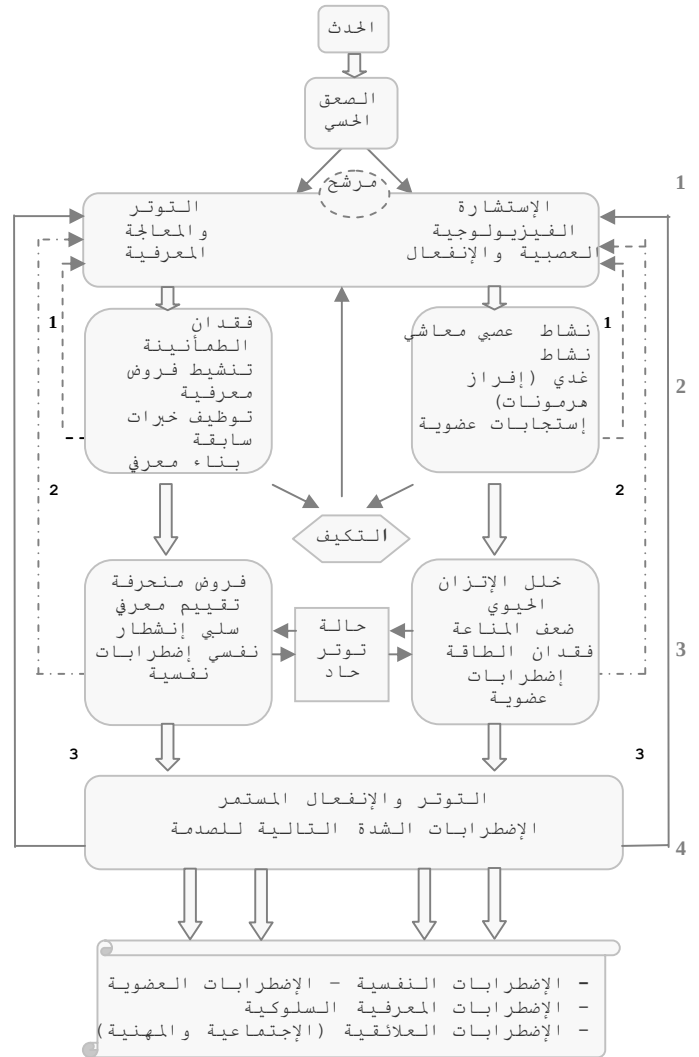
(..

(46)

inhibiteurs spécifiques du recaptage de)

() Sertraline (la serotonine ISRS

() Fluoxétine () Paroxétin



1:الفترة الأولى - 2: ف 1 فترة قريبة المدى

3: ف 2 فترة متوسطة المدى - 4: ف 3 فترة بعيدة المدى

--- حلقة الترجيع (ح1ب، ح1م، ح1ن) في مرحلة رد الفعل الأولية والقريبة المدى (ف0، ف1).

--- حلقة الترجيع (ح2ب، ح2م) في مرحلة رد الفعل المتوسطة المدى، حالة التوتر الحاد (ف2).

--- حلقة الترجيع (ح3ب، ح3م) في مرحلة رد الفعل البعيد المدى، اضطرابات الصدمة التالية للشدة (ف3).

حيث : ح = حلقة الترجيع ب= بيولوجية ، م= معرفية ، ت= تكيف، ف= الفترة الزمنية.

شكل 8: النموذج المعرفي البيولوجي لإضطرابات الشدة التالية للصدمة

المراجع

1. أحمد محمد عبد الخالق، محمد نجيب الصبوه، فريح العنزي . (1995) القلق لدى الكويت بعد العدوان العراقي. الديوان الأميري - الكويت .
2. أحمد محمد عبد الخالق، (1993 "ب") أسس علم النفس . الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
3. أنور محمد الشرقاوي، (1992) علم النفس المعرفي المعاصر، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
4. آرون. بيك ، ترجمة، عادل مصطفى، (2000) العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية، بيروت، دار النهضة العربية.
5. جابر عبد الحميد جابر، (1986) مدخل لدراسة السلوك الأنساني ، ط4 ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
6. روبرت سولسو. ترجمة محمد نجيب الصبوة وآخرون. (1996) علم النفس المعرفي. دار الفكر الحديث ، الكويت..
7. سامي علي عبد القوي (1995) .علم النفس الفيسيولوجي . دار النهضة -المصرية.
8. فاروق السيد عثمان، (2001) القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي- القاهرة .
9. فيصل محمد خير الزراد، الأمراض النفسية-جسدية، ط1، 2000، دار النفائس- بيروت.
10. كريستيان كنبوش .ترجمة: عبد الرزاق عبيد، (2002) الذاكرة واللغة، الجزائر، دار الحكمة.
11. مارك وليامز، جان سكوت، آرون بيك . ترجمة، حسن مصطفى عبد المعطي ، (1989) العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

12. Abraham N. Torok M. (1978), « L'objet perdu-moi ». Notations sur l'identification endocryptique, L'Écorce et le noyau, Éditions Aubier Montaigne
13. Alain Brunet, Vincent Corbo, Karine Sergerie, (2006) Développement et rémission des psychotraumatismes. Éléments d'une théorie neurocognitive. (Revue francophone du Stress et du Trauma, 6 (3) : 141-160
14. Alain Cardon, Ed Eyrolles, (2000) Conscience artificielle et systèmes adaptatifs, Alain Cardon, Ed Eyrolles, .
15. American Psychiatric Association. (2003) manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR, 4^{eme} ed. Paris, Masson. P.533
16. Anderson, J. A. (1990). Hybrid computation in cognitive science: Neural networks and symbols. Applied Cognitive Psychology, 4, 337-347.
17. Andrews, T.J., White, L.E, Binder, D, & Purves, D. (1996) Temporal events in cyclopean vision. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 93, 3689-3692.

"Benzodiazépine
(31)

(46)

(6) Pyridoxine

Vitamine E

3.5. علاج الأمراض العضوية المصاحبة

(7)

18. Andrieu. B, (2002), La chair du cerveau. Phénoménologie et biologie de la cognition, Ed. Sils Maria.
19. Baer, Connors, Paradiso. (1998) Neurosciences, à la découverte du cerveau. Traduction et adaptation française: André Nieoullon. Noisy-Le-Grand: Editions Pradel.
20. Barry SMITH.(1996) L'esprit connexionniste :une étude de la psychologie de Hayek. Département de Philosophie et Center for Cognitive Science, Université de Buffalo. éd. Hayek the Economist and Social Philosopher.
21. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Petersen E. (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry; 48:216-22.
22. Butz (1997) Chaos and complexity: Implication for psychological theory and practice, New York, Wiley.
23. Cottraux J, Blackburn IM. (2001) Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Paris, Masson, troisième édition
24. Davidson JR. .(2000)Trauma:The impact of post-traumatic stress disorder. Journal of Psychopharmacology,14(2 Suppl 1):S5-S12.
25. Daniel Dennett, (1994) La conscience expliquée, Odile Jacob.
26. Dantzer Robert. (2002)Stress. Universalis 8.
27. Diener, E., Smith, H., & Fujita , F. (1995) The Personality structure of Affect . Journal of Personality and Social Psychology, 65, 130- 141.
28. Dupuy, J. P. (1985). L'essor de la première cybernétique (1943-1953). Cahiers du C.R.E.A., 7(Novembre), 7-140.
29. Dupuy, J.-P. (1994). Aux origines des sciences cognitives. Paris: La Découverte.
30. Edelman.G, (1989) The Remember Present : a Biological theory of Consciousness, Basic Books.
31. EMC (2004) Neurologie. L'attention
32. EMC, (2004), Neurologie. Emotion et motivation.
33. EMC (2004), Neurologie. Interactions entre les systèmes nerveux, neuroendocrinien et immunitaire : aspects de psychoneuro-immunologie.
34. EMC, (2004) Neurologie, Mémoire et ses troubles.
35. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. (1999) The expert consensus guideline series: treatment of PTSD. J Clin Psychiatry;60(Suppl 16):293-322
36. Freud S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse, O.C.F., XVII, Paris, P.U.F., p.203-286.
37. Gleick James, (1989) La théorie du chaos ; vers une nouvelle science, Paris, Édition Albin Michel.
38. Globus, G. G., Arpaia, J. P. (1994). Psychiatry and the new dynamics. Biological Psychiatry, 35, 352-364.
39. Jung. C.G. Préface et traduction de Y.Le Lay.(1983) Types psychologiques, Librairie G eorg & Cie, S.A.,Geneve
40. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE.(2005)Prevalence, severity, and comorbidity of twelvemonth DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry. 62(6):617-627.
41. Lazarus, Folkmann, Gruen, Delongis.(1986) Appraisal, Coping, Health Status, and psychological Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 50, N°3, 571-579
42. - MacLeod, C. (1987). Cognitive psychology and cognitive therapy. In H. Dent (Ed.), Clinical psychology: Research and developments (pp. 175-181). London, England: Croom Helm.
43. Macleod, C. (1993). Cognition in clinical psychology: Measures, methods or models? Behaviour Change, 10(3), 169-195.
44. Marchand et Brillon dans Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale. Gaëtan Morin Éd., Montréal.
45. Otto MW, Penava S, Pollack RA, Smoller JW. Cognitive-behavioral and pharmacological perspectives on the treatment of posttraumatic stress disorder. Pollack MH,
46. Posner MI. Attention in cognitive neuroscience: an overview.In : Gazzanica MS ed. (1995), The cognitive neuroscience.Cambridge : Mass, MIT press: 613-750
47. Psychoneuroimmunologie.www.chantal.atia.free.fr/psychoneuroimmunologie.htm
48. Sillany.N, (1983) Dictionnaire usuel de psychologie, Paris, Bourdas. P.561
49. Tryon, W. W. (1993b). Neural networks: II. Unified learning theory and behavioral psychotherapy. Clinical Psychology Review, 13, (4):353-371.
50. Treisman AM.(1969) Strategies and models of selective attention.Psychol Rev ; 76 : 282-299.
51. Varela, F. (1988). Les sciences cognitives: Tendances et perspectives actuelles. Paris: Le Seuil.

52. Varela, F. J. (1996). Invitation aux sciences cognitives. Paris: Seuil.
53. Vergnaud, G. (1991), Pourquoi la psychologie cognitive ? La Pensée, 282, 9-19
54. Vézina Jean-François, (1996) Du complexe personnel aux complexes collectifs : Une relecture métaphorique de Jung à partir de la théorie du chaos, Essai de

55. Maîtrise, Québec, Université Laval, p. 61
56. Vézina, J.F (1998) Trauma et chaos psychologique: Des incontournables à relier, la revue Frontière, Vol 10, 3, Montréal
- Wickens CD. (1984) Processing in ressource attention. In : Nickeerson R ed. Attention and performance. Hillsdale : Lawrence Erlbaum.

ARABPSYNET DICTIONARY SEARCH

ePsydict Net Français

Search Arabic & English Words With French PsyTerm Translate
www.arabpsynet.com/fr/rechfr.asp

ARABPSYNET DICTIONARY FORM

Ajoutez la traduction d'un terme Psy Français
www.arabpsynet.com/FR/FrForm.htm

الأستاذ الدكتور فرج أحمد فرج
 أستاذ التحليل النفسي بجامعة عين شمس - مصر

عن شبكة العلوم النفسية العربية

abpsynet Books SEARCH

Search Books With Arabic, English & French Words
<http://www.arabpsynet.com/Book/default.asp>

بحث عن الكتب النفسية العربية

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm
 Send your books summaries via BOOKS FORM
www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

Arabpsynet eJournal: N°12 – AUTUMN 2006

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 – خريف 2006

التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء الفلسطينيين المحررين (دراسة لدى أبناء الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية بمدينة غزة)

أ.أنور سحدي عليان وادي - علم النفس - غزة ، فلسطين

anwarwadi@hotmail.com

1- مشكلة الدراسة وأهدافها

أ- مقدمة:

(2000 81)

(2001 86)

(2000 17)

(2000 140)

Post)

Traumatic Stress Disorder (PTSD)

(Randall and Lutz, 1999, p.39).

(Basaglu, et al, 1992, p3) .

0

1989

(Montgomery et al, 1992).

-3
-4

ج- مشكلة الدراسة:

:
:
:
-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7

1991

11) (

.(-)

.(-)

ب- أهمية الدراسة

د-أهداف الدراسة:

-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7

1948

-1

-2

				-8
		مجالات الدراسة		
		المجال الزمني:		
1999	1994	(0.05)	هـ فروض الدراسة	-1
2003				
		المجال الجغرافي:		
		(0.05)		-2
		المجال النوعي:		
		المجتمع الأصلي:		
1999	1994	(0.05)		-3
2003				
		:		
		(0.05)		-4
		:		
		(0.05)		-5
		:		
	100	-		
		(0.05)		-6
	15	(م)		
		-		
	13 8			
		(0.05)		-7
8	100			
		13		
		-		
2 - منهج الدراسة وإجراءاتها				
تقديم				

		وصف عينة الدراسة:		
11.36	100	13 8	منهج الدراسة	
		1.56		
	3.04			
3.60		1.87		
:		2.46		

1-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع

جدول (9)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للنوع

النوع	التكرار	النسبة %
ذكور	46	46.0
إناث	54	54.0
المجموع	100	100.0

4-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المواطنة

جدول رقم (12)

توزيع عينة الدراسة حسب نوع المواطنة

نوع المواطنة	التكرار	النسبة %
لاجئ	62	62.0
مواطن	38	38.0
المجموع	100	100.0

62%

38%

5- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان الإقامة

جدول رقم (13)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرار	النسبة %
حيم	40	40.0
مدينة	40	40.0
قرية	20	20.0
المجموع	100	100.0

:

40%

40%

20%

6-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع العائلة

جدول رقم (14)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لنوع العائلة

نوع العائلة	التكرار	النسبة %
ممتدة	52	52.0
نووية	48	48.0
المجموع	100	100.0

52%

48%

7- توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي لآباء أفراد العينة

جدول رقم (15)

توزيع المستوى الدراسي لآباء أفراد العينة

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة %
منخفض	16	16.0
متوسط	66	66.0
مرتفع	18	18.0
المجموع	100	100.0

1-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع

جدول (9)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للنوع

النوع	التكرار	النسبة %
ذكور	46	46.0
إناث	54	54.0
المجموع	100	100.0

1-

46%

2-

54%

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

جدول رقم (10)

توزيع عينة الدراسة وفقاً لفئات العمر.

الفئات العمرية	التكرار	النسبة %
(10-8) سنة	28	28.0
(13-11) سنة	72	72.0
المجموع	100	100.0

:

28%

1-

(10-8)

72%

2-

(13-11)

3- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

جدول رقم (11)

توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة %
الثاني	2	2.0
الثالث	12	12.0
الرابع	6	6.0
الخامس	22	22.0
السادس	30	30.0
السابع	10	10.0
الثامن	14	14.0
التاسع	4	4.0
المجموع	100	100.0

30%

22%

و 14%

10%

12%

6%

4%

2%

11- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة اعتقال آبائهم

جدول رقم (19)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمدة اعتقال آبائهم في السجون الإسرائيلية

النسبة %	التكرار	الفئات العمرية
68.0	68	قليلة (2-6) سنوات
28.0	28	متوسطة (7-10) سنوات
4.0	4	كثيرة (11-15) سنة
100.0	100	المجموع

68% (6-2) 28% (15-11) 4% (10) 7%

12- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تلقيهم الدعم الاجتماعي من قبل أسرهم أثناء فترة اعتقال آبائهم.

جدول رقم (20)

مدى تلقي أفراد العينة لدعم اجتماعي من قبل أسرهم أثناء اعتقال آبائهم.

النسبة %	التكرار	الدعم الاجتماعي
60.0	60	نعم
40.0	40	لا
100.0	100	المجموع

60% 40%

أدوات الدراسة

1965

أ- استمارة جمع المعلومات

:

- - - - -
- - - - -
- - - - -

ب- اختبار الشخصية للأطفال

1965

ثبات الاختبار

:

66%

16%

18%

8- توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي لأمهات أفراد العينة

جدول رقم (16)

توزيع المستوى الدراسي لأمهات أفراد العينة

النسبة %	التكرار	نوع المواطنة
18.0	18	منخفض
40.0	40	متوسط
42.0	42	مرتفع
100.0	100	المجموع

42%

40%

18%

9- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي

جدول رقم (17)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستوى الاقتصادي

النسبة %	التكرار	المستوى الاقتصادي
8.0	8	ممتاز
32.0	32	جيد
40.0	40	متوسط
20.0	20	سئ
100.0	100	المجموع

40%

32%

8%

20%

10- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية عند اعتقال آبائهم

جدول رقم (18)

الفئات العمرية لأفراد العينة عند اعتقال آبائهم.

النسبة %	التكرار	الفئات العمرية
76.0	76	(0-5) سنوات
24.0	24	(6-10) سنوات
100.0	100	المجموع

76%.

(5-0)

24%

(10-6)

1- ثبات المقياس بطريقة الإعادة: Test - Retest

(30)

(%25)

(%25)

()

(0.05)

30

(0.81)

(0.61)

(0.72)

جدول رقم (21)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التوافق النفسي والاجتماعي القبلي والبعدي

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	مقياس التوافق النفسي الاجتماعي
دالة إحصائية	0.61	التوافق النفسي
دالة إحصائية	0.81	التوافق الاجتماعي
دالة إحصائية	0.72	التوافق العام

2- ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية: Split. Half

(30)

(0.93)

(0.96)

3- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

(30)

0.95

جدول رقم (22)

معاملات الثبات لأبعاد مقياس التوافق النفسي والاجتماعي

معاملات الثبات	مقياس التوافق النفسي الاجتماعي
0.92	التوافق النفسي
0.92	التوافق الاجتماعي

صدق الاختبار:

1- صدق المقارنة الطرفية :

%27

صدق المقارنة الطرفية بين الأطفال ذوي الدرجات المنخفضة والمرتفعة على التوافق النفسي الاجتماعي

جدول رقم (23)

منخفضو الدرجات أقل من 25 %	مرتفعو الدرجات أكثر من 25 %	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ن	ن	-20.6	دالة إحصائية
م	م	27.62	دالة إحصائية
ع	ع	2.92	دالة إحصائية
7	8	20.3	دالة إحصائية
7	8	20.3	دالة إحصائية
7	7	-27.4	دالة إحصائية

2- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency

جدول رقم (24)

معاملات الارتباط بين أبعاد التوافق النفسي مع الدرجة الكلية للتوافق النفسي.

أبعاد التوافق النفسي	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1- اعتماد الطفل على نفسه	0.63	دالة إحصائية
2- إحساس الطفل بقيمته	0.89	دالة إحصائية
3- شعور الطفل بحريته	0.82	دالة إحصائية
4- شعور الطفل بالانتماء	0.76	دالة إحصائية
5- التحرر من الميل إلى الانفراد	0.90	دالة إحصائية
6- الخلو من الأعراض العصبية	0.86	دالة إحصائية

0.01

جدول رقم (25)

معاملات الارتباط بين أبعاد التوافق الاجتماعي مع الدرجة الكلية للتوافق الاجتماعي

أبعاد التوافق الاجتماعي	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1- المستويات الاجتماعية	0.72	دالة إحصائية
2- المهام الاجتماعية	0.65	دالة إحصائية
3- التحرر من الميول المضادة للمجتمع	0.84	دالة إحصائية
4- العلاقات في الأسرة	0.76	دالة إحصائية
5- العلاقات في المدرسة	0.89	دالة إحصائية
6- العلاقات في البيئة المحلية	0.49	دالة إحصائية

0.01

جدول رقم (26)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التوافق العام مع الدرجة الكلية للمقياس.

أبعاد مقياس التوافق النفسي والاجتماعي	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1- التوافق النفسي	0.97	دالة إحصائية
2- التوافق الاجتماعي	0.96	دالة إحصائية

0.01

إجراءات الدراسة التطبيقية

(1)

100

2004

المعالجة الإحصائية

Statistical

Packages Of Social Science (SPSS)

T.Test " "

3 - نتائج الدراسة وتفسيرها

التساؤل الأول (الأساسي)

جدول (27)

إحصاءات وصفية للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي والاجتماعي (التوافق العام)

المقياس	التوافق النفسي والاجتماعي
الدرجة الكلية	أدنى
	أعلى
عدد الفقرات	96
المتوسط	50.9
الانحراف المعياري	16.75
الوزن النسبي %	53.4
أعلى درجة	14
أعلى درجة	83

جدول رقم (28)

المتوسطات والاختلافات المعيارية والأوزان النسبية والترتيب لأبعاد التوافق

.(100

(Montgomery 1992)

.(100

(1992)

8.80

26.67

.(%55.5)

6

4.71 ()

،(%58.8)

1.64

1.76

3.86 ()

،(%48.2)

(1995)

2.05

3.97 ()

5.31 ()

(%49.6)

(%66.3)

2.06

(%57.7)

2.16

4.62 ()

()

.(%52.5)

2.23

مناقشة نتيجة السؤال الأساسي

:

(29)

(14)

(83)

(Abdin &Aref, 1994)

()

.(%53.4)

%48

(1992)

Moderate

%40.6

Mild

.Sever

%11.4

فرضيات الدراسة:

الفرض الأول:

(0.05)

4.20

T-Test " "

:

(13-11)

(10-8)

جدول رقم (30)

نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين الفئات العمرية المختلفة بالنسبة لمستوي التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي والتوافق العام لدى الأطفال

مستوي الدالة	قيمة "ت"	(13-11)		(10-8)		التوافق النفسي والاجتماعي
		ع	م	ع	م	
دالة	2.1	7.92	23.1	10.5	27.3	التوافق النفسي
غير دالة	1.77	7.78	25.6	10.7	29.2	التوافق الاجتماعي
دالة	2.99	14.73	48.7	20.3	56.5	التوافق العام

()

)

	(10-8)	(0.05)	(1.96)
		(2.1) =	" "
		(0.05)	(1.96) " "
	(13-11)	(10-8)	(13-11)
	()	(10-8)	(10-8)
		(10-8)	(13-11)
	(10-8)	27.3	(10-8)
	(13-11)	.7.92	23.1
Abdin &Aref,		(2.99) =	" "
-7	%91.4	(1994):	(0.05)
17-11	%99.9	10	(1.96) " "
		(13-11)	(10-8)
%95.2		(التوافق العام)،	(10-8)
	%49.8	(10-8)	(10-8)
		(13-11)	(10-8)
		20.3	56.46
		(13-11)	
(1995)	14-6	.14.73	48.76
		(1.77) =	" "
		(0.05)	(1.96) " "
(30)		(13-11)	(10-8)
	(13-11)	(10-8)	
			مناقشة نتيجة الفرض الأول
		(10-8)	(13-11)
		(10-8)	(10-8)
		(13-11)	
		(10-8)	
	(Carbanino & Kostelny 1996)		(13-11)
		(10-8)	
		(10-8)	(13-11)
		()	
	الفرض الثاني	(10-8)	
(0.05)		(10-8)	
		(13-11)	
		(2001)	
		%13.8	
	T-Test " "		%11.9
-6)	(5-0)		
	:	(10	

جدول رقم (31)

نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين الفئات العمرية عند اعتقال الآباء المختلفة بالنسبة لمستوي التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي والتوافق العام لدى الأطفال.

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	(10-6) سنوات		(5-0) سنوات		التوافق النفسي والاجتماعي
		ع	م	ع	م	
دالة	3.75	6.8	18.6	8.7	26.1	التوافق النفسي
دالة	3.01	7.6	22.1	8.6	28.1	التوافق الاجتماعي
دالة	3.59	14.1	40.7	16.3	54.1	التوافق العام

(5-0) .
(5-0)
(10-6)
(5-0) 16.34 54.12
(10-6) 40.79
(10-6) 14.1
مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

(0.05)

(1.96)

(3.75) = " "

(0.05)

(1.96)

" "

(5-0)

(5-0)

(10-6)

-0)

(5

(10-6)

(5-0)

(5-0)

(5-0)

(10-6)

(5-0)

26.1

(5-0)

8.75

(10-6)

6.88

18.67

(3.01) =

" "

(0.05)

(1.96)

" "

-6)

(10

(5-0)

(10-6)

(5-0)

(1997)

(5-0)

(10-6)

(5-0)

8.68

28.11

22.13

(10-6)

7.69

الفرض الثالث:

(0.05)

(3.59) =

" "

(0.05)

(1.96)

" "

.(-)

(5-0)

T-Test " "

10-6)

()

(

جدول رقم (33) نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين الذكور والإناث

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	الذكور		الإناث		التوافق النفسي وأبعاده
		ع	م	ع	م	
غير دالة	-0.44	1.66	4.77	1.59	4.63	1-اعتراف الطفل بالمستويات الاجتماعية
غير دالة	0.05	1.84	3.85	1.68	3.86	2-اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية
غير دالة	-1.03	2.16	4.16	1.90	3.73	3-تحرر الطفل من الميول المضادة للمجتمع
غير دالة	-0.51	2.01	5.40	2.13	5.19	4-علاقات الطفل بأسرته
غير دالة	0.78	2.27	4.46	2.03	4.80	5-علاقات الطفل في المدرسية
غير دالة	1.79	2.36	3.83	2.01	4.63	6-علاقات الطفل في البيئة المحلية
غير دالة	0.20	9.59	26.5	7.87	26.8	الدرجة الكلية للتوافق الاجتماعي

(0.05)

(1.96)

(0.05)

(1.96)

" "

(0.20)

(0.14)

(0.05)

(1.96)

" "

(1.96)

جدول رقم (32) نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين الذكور والإناث

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	الذكور		الإناث		التوافق النفسي وأبعاده
		ع	م	ع	م	
غير دالة	1.01	1.65	3.92	1.90	4.28	1-اعتماد الطفل على نفسه
غير دالة	0.89	1.95	3.68	1.79	4.02	2-إحساس الطفل بقيمة
غير دالة	0.30	1.72	3.77	2.01	3.89	3-شعور الطفل بحريته
غير دالة	0.99	1.69	4.31	1.93	4.67	4-شعور الطفل بالانتماء
غير دالة	1.39	2.22	3.70	2.06	4.30	5-تحرر الطفل من الميل للانفراد
غير دالة	0.59	2.29	3.90	2.20	4.17	6-خلو الطفل من الأعراض العصبية
غير دالة	0.14	8.83	23.31	8.91	25.3	التوافق النفسي

(0.05)

" "

(0.05)

(1.96)

" "

(1.96)

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

(0.05)

() -)

(32) ، (33)

(0.05)

(1.96)

" = "

(0.05)

(1.96)

" = "

(1.05)

(Carbanino & Kostelny 1996)

الفرض الرابع:

(0.05)

() - ()

T-Test " = "

جدول رقم (35)

نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين اللاجئين والمواطنين بالنسبة لمستوى التوافق الاجتماعي لدى الأطفال

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	المواطنین		اللاجئين		التوافق النفسي وأبعاده
		ع	م	ع	م	
دالة إحصائياً	2.34	1.28	4.26	1.77	4.98	1-اعتراف الطفل بالمستويات الاجتماعية
غير دالة	1.85	1.48	3.44	1.88	4.11	2-اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية
دالة إحصائياً	2.02	1.48	3.44	2.01	4.29	3-تحرر الطفل من الميول المضادة للمجتمع
دالة إحصائياً	2.11	2.01	4.76	2.03	5.64	4-علاقات الطفل بأسرته
غير دالة	1.39	2.37	4.23	2.01	4.85	5-علاقات الطفل في المدرسية
غير دالة	1.16	2.29	3.86	2.19	4.40	6-علاقات الطفل في البيئة المحلية
دالة إحصائياً	2.40	7.83	24.1	9.03	28.2	الدرجة الكلية للتوافق الاجتماعي

(0.05)

(1.96)

" = "

(0.05)

(1.96)

" = "

(2.40)

جدول رقم (34)

نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين اللاجئين والمواطنين بالنسبة لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	المواطنین		اللاجئين		التوافق النفسي وأبعاده
		ع	م	ع	م	
غير دالة	1.44	1.77	3.76	1.75	4.29	1-اعتماد الطفل على نفسه
غير دالة	0.53	2.01	3.71	1.80	3.91	2-إحساس الطفل بالقيمة
غير دالة	0.17	1.67	3.78	1.95	3.85	3-شعور الطفل بالحرية
غير دالة	0.42	1.74	4.57	1.85	4.41	4-شعور الطفل بالانتماء
غير دالة	1.85	2.04	3.47	2.18	4.29	5-تحرر الطفل من الميل للانفراد
غير دالة	1.02	1.28	4.26	1.77	4.20	6-خلو الطفل من الأعراف العمادية
غير دالة	1.05	8.62	23.05	9.1	24.9	التوافق النفسي

28.2

9.03

7.83

24.1

الفرض الخامس:

(0.05)

4.98

1.77

1.28

4.26

T-Test = "

(

)

:

2.01

4.29

3.44

1.48

(

)

2.03
4.76

5.64

2.01

-

)

.(

مناقشة نتيجة الفرض الرابع

(0.05)

-)

.(

(34) ، (35)

)

.(

)

(

)

.(

نتيجة اختبار T-Test لدراسة الفروق بين الأطفال الذين تلقوا دعم إجماعي والذين لم يتلقوا دعم اجتماعي من أسرهم بالنسبة لمستوى التوافق النفسي

جدول رقم (36)

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	لا		نعم		التوافق النفسي وأبعاده
		ع	م	ع	م	
دالة إحصائياً	4.46	1.47	3.20	1.72	4.68	1- اعتماد الطفل على نفسه
دالة إحصائياً	4.31	1.78	2.92	1.69	4.45	2- إحساس الطفل بالقيمة
غير دالة	1.92	1.93	3.40	1.74	4.11	3- شعور الطفل بالحرية
دالة إحصائياً	2.70	1.73	3.90	1.76	4.86	4- شعور الطفل بالانتماء
دالة إحصائياً	3.28	1.92	3.15	2.14	4.53	5- تقرر الطفل من الميل للانفراد
دالة إحصائياً	2.94	2.23	3.25	2.11	4.55	6- خلو الطفل من الأعراض العصائية
دالة إحصائياً	4.43	8.53	19.82	7.88	27.2	التوافق النفسي

Arabpsynet e.Journal: N°12 – AUTUMN 2006

جدول رقم (83)

نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق النفسي والاجتماعي تبعاً للمستوى الاقتصادي لأطفال العينة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3501.76	3	1167.25	4.61	دالة إحصائياً
داخل المجموعات	24279.6	96	252.91		
المجموع	27781.3	99			

$$= (F) (0.05) (3 \text{ و } 96) = (F) (0.05) (4.61)$$

(1997)

جدول رقم (39)

نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق النفسي تبعاً للمستوى الاقتصادي لأطفال العينة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1113.7	3	371.24	5.31	دالة إحصائياً
داخل المجموعات	6705.01	96	69.84		
المجموع	7818.75	99			

$$= (F) (0.05) (3 \text{ و } 96) = (F) (0.05) (4.61)$$

Mueller Stress And Health
Sarason and Sarason

جدول رقم (40)

نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق الاجتماعي تبعاً للمستوى الاقتصادي لأطفال العينة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	683.94	3	227.98	3.13	دالة إحصائياً
داخل المجموعات	69990.16	96	72.8		
المجموع	7674.1	99			

$$= (F) (0.05) (3 \text{ و } 96) = (F) (0.05) (4.61)$$

(0.05)

one-way

ANOVA

:

(

)

() 0.05

جدول رقم (41)

يوضح نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق النفسي والاجتماعي تبعاً لمدة اعتقال آباء أطفال العينة .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1047.8	2	523.9	1.90	غير دالة إحصائياً
داخل المجموعات	26733.4	97	275.6		
المجموع	27781.3	99			

مناقشة الفرض السادس:
(38) ، (39) ، (40)

(F) (0.05) (2 و 97) =
(3.07) .

:
(38) -

(F) (3.07) 0.05 (F)
(1.90)

)
(39) -

جدول رقم (42)

يوضح نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق النفسي تبعاً لمدة اعتقال آباء أطفال العينة .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	210.08	2	105.0	1.33	غير دالة إحصائياً
داخل المجموعات	7608.6	97	78.44		
المجموع	7818.7	99			

(40) -

(F) (0.05) (2 و 97) =
(3.07) .

(F) (3.07) 0.05 (F)
(1.33)

()

جدول رقم (43)

يوضح نتيجة اختبار تحليل التباين الأحادي لدرجة مستوى التوافق الاجتماعي تبعاً لمدة اعتقال آباء أطفال العينة .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	323.14	2	161.5	2.13	غير دالة إحصائياً
داخل المجموعات	7350.96	97	75.78		
المجموع	7674.11	99			

(Carbanino & Kostelny 1996)

الفرض السابع:

(0.05)

(F) (0.05) (2 و 97) =
(3.07) .

(F) (3.07) 0.05 (F)
(2.13)

one-way

()

ANOVA

()

مناقشة نتيجة الفرض السابع

(0.05)

(41) ، (42) ، (43)

(1996،)

(= 54و0)

(= 25و0)

- زهران، حامد عبد السلام (1991). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- شاذلي، عبد الحميد محمد (2001). التوافق النفسي للمسنين. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- شريت، أشرف وحلاوة، محمد (2002). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- طه، فرج (2000). أصول علم النفس الحديث. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، عبد الباسط وصابر، شكري (2000). النظرية الاجتماعية-المفاهيم-الاتجاهات-الرؤى. ط1. غزة: مطبعة ومكتبة دار المنار.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1998). دراسات في الصحة النفسية. الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عثمان، فاروق السيد (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عيسوي، عبد الرحمن (1995). العلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عيسوي، عبد الرحمن (2000). علم النفس العام الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الحميد، محمد نبيل (2001). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. المنصورة: الدار الفنية للنشر والتوزيع.
- عطيه، نوال (2001). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي. ط1. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.
- عكاشه، أحمد (1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عيوش، ذياب (1992). مدخل إلى المشكلات الاجتماعية. القدس: جامعة القدس المفتوحة.
- ملكيه، لويس كامل (1994). قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- يونس، انتصار (1993). السلوك الإنساني. الاسكندرية: دار المعارف.

ثانياً: كتب مترجمة

- ياكوبسون، لونة وآخرون (1992). الناجون من التعذيب، فئة جديدة من المرضى. منظمة التمريض الدانماركية، المجلس الدولي لتأهيل ضحايا التعذيب.
- ياكوبسون، لونه ونيلسن، كنوز (2000). الناجون من التعذيب-الصدمة وإعادة التأهيل. المركز الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب، ترجمة المعهد العربي لحقوق الإنسان

ثالثاً: الرسائل الجامعية:

- أبو طواحينه، أحمد (1999). الآثار النفسية للتعذيب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس
- السندي، محمد (1990). التوافق الاجتماعي والمسئولية الاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الثانوية السعودية في الريف والحضر. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- النجار، محمد (1997). تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى مصابي الانتفاضة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، غزة: كلية التربية، الجامعة الإسلامية.
- علام، شادية يوسف (1993). صورة الأب لدى أبناء المسجونين غير الجانحين وعلاقتها بالبناء النفسي لهم- دراسة إكلينيكية متعمقة. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- مبارك، نعيمه شاطر (1991). سيكولوجية التوافق النفسي للمعاقين فاقد الأطراف. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- محمد، قماري (1990). التوافق وعلاقته بالانبطاح وأثر ذلك على التحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بالجزائر. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو حطب، فؤاد وصادق، آمال (1994). علم النفس التربوي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- أبو النيل، محمود السيد وزيور، مصطفى (1984). الأمراض السيكوسوماتية. القاهرة: مكتب الخاخي.
- أحمد، غريب السيد وآخرون (2001). علم اجتماع الأسرة. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- السيد، فؤاد البهي وعبد الرحمن، سعد (1999). علم النفس الاجتماعي-رؤية معاصرة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الشحومي، عبد الله محمد (1989). التوافق النفسي عند المعاق، دراسة في سيكولوجية التكيف. التربية الجديدة.
- الخفني، عبد المنعم (1999). موسوعة الطب النفسي. القاهرة: مكتبة مديول.
- المصطفى، مصطفى محمد وآخرون (1998). الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية. جامعة الاسكندرية. كلية التربية.
- جلال، سعد. في الصحة النفسية-الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- حقي، ألفت محمد (1992). علم نفس النمو. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- زهران، حامد عبد السلام (2000). علم النفس الاجتماعي. ط6. القاهرة: عالم الكتب.

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 - خريف 2006

رابعاً: الدورات والمطبوعات

- أبو النيل، محمود السيد (1991). **التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية**. مجلة شئون اجتماعية الشارقة: العدد 27، 133-153.
- أبو عمرو، أكرم (2001). **الاحتلال الإسرائيلي والتدهور البيئي في فلسطين**. مجلة رؤية. الهيئة العامة للاستعلام، فلسطين: العدد 8، 99-100.
- الخواجا، حمدي والمنسي، كامل (2001). **الحقوق الاقتصادية في الضفة الغربية وقطاع غزة**. مطبعة أبو غوش. رام الله.
- القباج، نيفين وآخرون (2002). **تأثير الاعتقال الطويل على المجتمع المصري**. مركز حقوق الإنسان لمساعدة السجناء، القاهرة.
- الأشول، عادل عز الدين (1993). **الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقلياً**. مجلة الإرشاد النفسي العدد الأول، 15-22.
- الخليفي، إبراهيم محمد (2001). **المشكلات السلوكية لدى أطفال الشهداء الكويتيين**. مجلة كلية التربية - (46)، 85-122.
- الخرافي، نوريه مشاري (1997). **مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات فُقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية وغير طبيعية وأثرها في التوافق الشخصي والاجتماعي**. مجلة مستقبل التربية العربية، 3 (9-10)، 9-32.
- الببلاوي، فيولا (2001). **الأطفال في الأزمات**. مجلة الطفولة والتنمية، 1 (1)، 25-59.
- إسماعيل، عزت سيد (1996). **سيكولوجيا خبرة الوقوع في الأسر - دراسة لحالات من الأسرى الكويتيين**. المجلة العربية للعلوم الإنسانية 14 (54)، 9-58.
- العبيدي، سعد (2002). **الهجرة إلى الغرب ومعالج التكيف النفسي مع الحياة الجديدة**. مجلة النبأ - العدد 57.
- العجرمي، أشرف (2001). **الإعلام الإسرائيلي**. مجلة رؤية، الهيئة العامة للاستعلامات، فلسطين: ع 12، 137-152.
- الموسوعة البيئية الفلسطينية، 1997، المجلد الأول، المعالم البيئية في فلسطين).
- سوقي، انشراح محمد (1991). **التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي**. مجلة علم النفس، العدد العشرون، السنة الخامسة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- سلام، إيهاب وآخرون (2001). **اسر بلا عائل**. القاهرة: مركز حقوق الإنسان لمساعدة السجناء.
- سلامة، مدوحه محمد (1991). **المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة**. مجلة دراسات نفسية، الجزء الثالث.
- عجوبه، حنار (1994). **تأثير كارثة الغزو العراقي على الأسرة الكويتية**. مجلة العلوم الاجتماعية 22 (4)، 93-122.
- عطا الله، أكرم (2001). **إسرائيل من مجتمع الرفاه إلى مجتمع من الخوف والفرع**. مجلة رؤية، الهيئة العامة للاستعلامات، فلسطين: ع 168، 12-185.
- عوكل، طلال (2001). **الانتفاضة - دروس ومشاريع إنجازات**. مجلة رؤية، الهيئة العامة للاستعلامات، فلسطين: ع 12، 153-167.
- عورابي، هشام (2001). **الأوضاع الاقتصادية في فلسطين**. مجلة رؤية، العدد الرابع عشر، الهيئة العامة للاستعلامات، فلسطين.
- قطب، أمين غريب (1997). **اتجاهات الشباب الجامعي نحو التحديث وعلاقتها بتوافقهم النفسي والاجتماعي**. مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب، العدد 41، 110-123.
- محمد، يوسف عبد الفتاح (1990). **الانتماءات النفسية وعلاقتها بالتوافق لدى المرأة - في دولة الإمارات**. مجلة شئون اجتماعية، العدد السابع والعشرون. السنة الرابعة، 155-185.
- مركز الميزان لحقوق الإنسان (2002). **الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية في موازنات السلطة الفلسطينية، غزة**.
- مركز الميزان لحقوق الإنسان (2001). **تقرير عن آثار تدمير الاحتلال الإسرائيلي للممتلكات المدنية والحصار الشامل، غزة**.

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 - خريف 2006

- مجلة مركز التخطيط الفلسطيني (2003) **ملف خاص: خارطة الطريق - السنة الثالثة العدد التاسع والعاشر** يناير - يونيو.

خامساً: معالج اللغة

- أنيس، إبراهيم وآخرون (1973). **مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط**. دار المعارف بمصر، الجزء الثاني، الطبعة الثانية القاهرة.

- ابن منظور (1988). **لسان العرب**. القاهرة: دار احياء التراث، الجزء الثاني.

سادساً: المراجع الأجنبية

- Abdin, A. &Aref, M (1994). **The psychiatric affects of the Iraqi invasion and occupation on Kuwait children and adolescents: A review**. Journal of the Kuwaiti Medical Association, February, 26, PP: 7-10.
- Allodi, Randall, G.R.; Lutz, E.L., Quiroga, J.; Zunzunegui, M.V.; Kolff, C.A.; Deutsch, A., & Doan, R. (1985). **Physical and psychiatric effects of torture: Two medical studies**. In E. Stover & E.O. Nightingale, The breaking of bodies and minds, pp.58-78. New York: W.H. Freeman & Co.
- Allodi, F. (1989). **The children of victims of political persecution and torture: A psychological study of a Latin American refugee community**. International Journal of Mental Health, 18(2), 3-15.
- Allodi, F. (1991). **Assessment and treatment of torture victims: A critical review**. Journal of Nervous and mental disease, vol. 179, pp: 4-11.
- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Text Revision (DSM-IV, TR). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Ashley, David & Orenstein, David (1995). **Sociological Theory**, 3 red ed. Allyn and Bacon, USA
- Basoglu (Ed.), **Torture and its consequences: Current treatment approaches**, pp83-106. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baker, A.M. (1991). **Psychological response of Palestinian children to environmental stress associated with military occupation**. Journal of Refugee Studies, 4(3), 237-247.
- Bittles, Alan and Parsons, Peter (1994). **Stress - Evolutionary, Biosocial and Clinical Perspectives**. London: the Galton Institute.
- Garbarino, J. & Kostelny, K. (1996). **The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model**. Child Development, 67, 33-45.
- Jensen, P.S. & Shaw, J. (1993). **Children as victims of war: Current knowledge and future research needs**. Journal of the American Academy of Child & Adolescence, 32(4), 697-708.
- Malim, Tony and Birch, Ann (1998). **Introductory Psychology**. London: Macmillan Press LTD.
- Matheny, K.B, & others (1993). **Stress in school Aged children and Youth**. Journal Education Psychology Review, V. (5), N. (2), PP (109-133).
- Montgomery, Edith. Jacobsen, Anne & Lukman, Berit (1992). **Children of torture Victims- Reactions and Coping**. Child Abuse and Neglect, Vol. 16. PP: 797-805.
- Montgomery, E. (1993). **Children in torture surviving families**. Der Jugendpsychologe, 19, 3-11. -Pyonoos, R.L. &

Washington D.C.P: 39.
-Ritzer,George, (1996). **Modern Sociological Theory**. The Mc Grow-Hill Book-co-Singapore.
-Shanan,J.(1989)**surviving the survivors:** late personality development of Jewish Holocaust survivors. International Journal of Mental Health,17,42-71.
-Summerfield.D(1995).**Addressing Human Response to war and Atrocity**. In Ralf, J. Kleber. Charles R. Figley& Bent hold P.R. Gersons.(Eds.) Beyond Trauma: cultural and Social. New York. Plenum Press.PP:17-29.

Eth, S. (1985). Children traumatized by witnessing acts of personal violence: Homicide, rape, or suicide behavior. In, Post-traumatic stress disorder in children, pp169-186. Washington: American Psychiatric Press.
Montgomery,E.Krogh,Y.,Jacobsen,A.&Lukman,B. (1992) **.Children of torture victims:** reaction and coping. Child Abuse and Neglect, 16,797-805.
-Randall, Glenn, R. and Lutz, Ellen, L (1991) **serving survivors of torture**. The American Association for the Advancement of science, AAAS publications.

ePsydict EF – English - FRENCH Edition (CD) English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

ePsydict C – COMPLETE Edition (CD) Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

Arabpsynet Hospitals Guide - English Edition



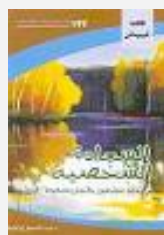
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Hosp.htm

دليل المشافي النفسية العربية – الإصدار العربي



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Hosp.Ar.htm

السعادة الشخصية – في عالم مشحون بالتوتر د. عبد الستار إبراهيم



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Ibrahim.B7.htm

Arabpsynet eJOURNAL: N°12 – AUTUMN 2006

سيكولوجية السياسة العربية – العرب والمستقبلات أ.د. محمد أحمد النابلسي – لبنان



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B1.htm

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 – خريف 2006

PREVALENCE OF PTSD AND ADHD AMONG PALESTINIAN CHILDREN

in the Gaza Strip and West Bank

ABDEL AZIZ MOUSA THABET*; TAISIR ABDULLA**; MOHAMMED-WAFAIE A. ELHELLOU***; PANOS VOSTANIS***

thabet@gcmhp.net

Abstract

Background: This study aims was to identify the prevalence of trauma, PTSD, and ADHD in children living in area of war and conflict in Gaza Strip and West Bank and relationship between trauma, ADHD, and PTSD.

Method: A random sample of 200 children from 15 UNRWA schools in Gaza (United Nations Refugee and Work Agencies) and 150 children from 8 schools from Bethlehem and East Jerusalem were selected. The age of children was ranged between 6-15 years. The age of children in Gaza range between 6-13 years old (Mean =9.49, SD = 2.2) and in west bank between 9-15 years old (Mean =10.05, SD =1.6).

Children were asked to fill the following questionnaires: Gaza Traumatic Events Checklist, Impact of Event Scale, while parents and teachers filled the Structured Clinical Interview of mothers and fathers for DSM-IV diagnosis of ADHD.

Results: The mean of traumatic experiences in Gaza Strip was 5.1 (SD = 3.4) and in West Bank were 7.5 (SD = 4.7). IES scores were significantly associated with the total number of experienced traumatic events. Eighty-seven (39.2%) of children from Gaza Strip reported post traumatic stress disorder (40 and above in IES) compared to 51 (34%) of children from West Bank.

The event that was significantly associated with IES scores was day raids of their home, nigh raids at their home, tear gas inhalation, witnessing arrest of a friend , and witnessing bombardment of other homes by airplanes and helicopters. According to parents, 16 children (8.4%) of children from Gaza fulfilled the full criteria of ADHD combined type compared to 4 (2.7%) from West Bank. According to teachers, Ten children (5.2%) from Gaza fulfilled the full criteria of combined ADHD type compared to 5 (3.3%) children from West Bank. Children with many traumatic events were rated as having ADHD by parents and teachers. Total IES scores were significantly associated with total inattention and hyperactivity scores by parent. Intrusion was significantly associated with total inattention scores by parents, and teachers; and hyperactivity scores by parents. Avoidance was significantly associated with total scores of inattention and hyperactivity scores by teachers.

Conclusion: Palestinian children are still experiencing a variety of traumatic events which lead to psychological symptoms including PTSD and ADHD.

A need for a programme to deal with children who were diagnosed as having ADHD due to environmental stressors and trauma is needed. A public awareness campaign of the effect of trauma on children well being must be enhance targeting schools, community, and youth clubs.

Key words: Trauma, PTSD, ADHD, Gaza Strip and West bank

■ **Introduction**

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common disorder in children characterized by problems in attentive and/or hyperactive behaviour frequently leading to educational and vocational failure. Estimated prevalence rates vary considerably, with some reports as low as 3% and others estimated to be as high as 9% (Kadesjo et al, 2001).

The relationship between trauma and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been a source of controversy and debate for a long time (Cuffe et al., 1994). Numerous studies have suggested a relationship between ADHD and trauma or posttraumatic stress disorder (PTSD) (Famularo, 1996; Glod, 1997; Glod and Teicher, 1996; Merry and Andrews, 1994; Riggs et al., 1995). However, despite the obvious importance of this issue, the relationship between ADHD and trauma has not been systematically examined, and few studies have addressed the temporal sequencing of PTSD

or trauma and comorbid conditions (Pfefferbaum, 1997). The high comorbidity with other emotional disorders, particularly anxiety and depression, has already been highlighted from epidemiological studies (Thabet and Vostanis, 2004). What has been less researched is the comorbidity with other psychiatric disorders. Contrary to earlier perceptions that aggressive and offending behaviour are not related to emotional disorders, such as PTSD, recent studies point to the contrary. This is probably due to early traumatic and abusive experiences in the youth offenders' childhood. This was not applicable in others studies. Wozniak et al (1999) in his study of traumatized children, found that ADHD was familiarly indistinguishable in traumatized and nontraumatized children with ADHD argues against the hypothesis of etiological associations between ADHD and trauma.

This study aims was to identify the prevalence of trauma, PTSD, and ADHD in children living in area of war and conflict in Gaza Strip and West Bank and relationship between trauma, ADHD, and PTSD.

The following research questions will be tested:

1. What is the prevalence of trauma, PTSD, and ADHD in children living in the Gaza Strip and West Bank?
2. Is there any differences between children living in Gaza Strip and West Bank in sociodemographic characteristics, trauma, PTSD, ADHD?
3. What are the predictors of PTSD and ADHD?

■ Methods

• The area

The population of the Gaza Strip in 2000 was 1,138,126 forming about 36.1% of the total population in Palestine out of which 573,853 (50.4%) are males and 564,273 (49.6%) are females (NMIS, 2000). More than 17% of the population resides in the north of Gaza, 51% in the middle area, and 32% in the southern area. The Gaza Strip considered one of the highest overall growth rates and population densities in the world (PCBS, 2001). According to PCBS, it is estimated that 3161 persons live in every square kilometer in Gaza (PCBS, 2001). The GNP per capita in Palestine is decreased from 1,938 US \$ in 1998 to 1,771 US \$ in 2000 (HMIS, 2001). The West Bank area is 5,800km². It is a hilly region comprised of three ranges: the Nablus Mountains in the North, the Jerusalem Mountains in the centre and the Hebron mountains in the South. The estimated population of West Bank in 1997 was 2,422,084. Around Forty three per cent of the population resides in the northern section, 29% in the central section and 28% in the Southern area of the West Bank. 40% of the total population is registered refugees, and 15% of them are living in UNRWA refugee camps.

• Subjects

■ Sampling

A multi-stage random sample design was followed. A random sample of 200 children from 15 UNRWA schools in Gaza (United Nations Refugee and Work Agencies) and 150 children from 8 schools from Bethlehem and East Jerusalem were selected. Permission of the education Department (UNRWA) to enter the schools to collect data was granted prior to administration of the questionnaires. Within the 23 schools 15 children were again randomly selected and questionnaires for approximately 350 children between the ages of 6-15 years old were completed. A parent (the mother in all cases) signed a consent form that was read to them, outlining the purpose of the study and questionnaire. The data was collected between February and March 2003 during the Al Aqsa Intifada.

The age of children was ranged between 6-15 years. The age of children in Gaza range between 6-13 years old (Mean =9.49, SD = 2.2) and in west bank between 9-15 years old (Mean =10.05, SD =1.6). The sample of children consisted of 199 children, 102 males (%51.3) and 97 (48.7%) females (for Gaza sample), where 150 children were selected from West Bank, 77 (51.7%) males and 73 (48.3%) females for West Bank sample.

Place of residence showed that the sample of Gaza derived from north Gaza 19.1%, Gaza 23.6% middle area 29.6%, Khan Younis 16.1%, and Rafah. While, in West Bank 65.3% came from Bethlehem and 34.7% from East Jerusalem. Families in Gaza Strip were significantly have 8 and more children than in West Bank

Table 1 : Sociodemographic characteristics of the study population (N=349)

Item	Gaza (199)		West Bank (N= 150)	
	No .	%	No .	%
Age in years				
6	22	11.1	0	0
7	28	14.1	0	0
8	23	11.6	0	0
9	21	10.6	4	2.7
10	31	15.6	29	19.3
11	28	14.1	26	17.3
12	29	14.6	34	22.7
13	17	8.5	22	14.7
14	0	0	24	16.0
15	0	0	11	7.3
Mean (SD)	9.5 (1.2)		12.05 (2.2)	
Sex				
Male	102	51.3	77	51.7
Female	97	48.7	73	48.3
Place of residence				
North Gaza	38	19.1	0	0
Gaza	47	23.6	0	0
Middle area	59	29.6	0	0
Khan Younis	32	16.1	0	0
Rafah	23	11.6	0	0
Bethlehem	0	0	98	65.3
East Jerusalem	0	0	51	34.7
Paternal job				
Unemployed	47	29.1	26	17.3
Simple worker	19	9.5	40	26.7
Professional worker	8	4.0	14	9.3

Employee	106	53.8	52	35.3
Merchant	19	8.5	18	11.3
Paternal education				
Illiterate	3	1.5	5	3.3
Elementary	9	4.5	11	7.3
Primary	29	14.6	25	16.7
Secondary	48	24.1	40	26.7
Diploma	42	21.1	32	21.3
University degree	52	26.1	25	16.7
Higher degree	16	8.0	12	8.0
Maternal job				
House wife	166	83.4	117	78.0
Employee	3	1.5	6	4.0
Simple worker	26	13.1	26	17.3
Merchant	4	2.0	1	0.7
Maternal education				
Illiterate	10	5.0	5	3.3
Elementary	7	3.5	15	10.0
Primary	20	10.1	25	16.7
Secondary	88	44.2	49	32.7
Diploma	55	27.6	27	18.0
University degree	19	8.5	29	17.3
High education	2	1.0	3	2.0
Number of siblings				
4 and less	52	26.1	57	38.0
5-7 siblings	96	48.2	72	48.0
8 and more siblings	51	25.6	21	14.0
Family in come				
Low	104	52.8	62	41.1
Middle	74	37.2	60	40.0
High	18	9.0	19	13.3
Very high	3	1.0	9	5.3

■ Instruments

• Gaza Traumatic Event Checklist (Thabet and Vostanis, 1999)

The checklist consisted of 19 items covering different types of traumatic events that a child may have been exposed to in the particular circumstances of the regional conflict, which differ from those of traditional war conflicts. This checklist can be completed by children of 6-16 years ('yes' or 'no' statements). In this study, the split half reliability of the scale was $r=0.73$. The internal consistency of the scale, calculated using Chronbach's alpha, was $\alpha=0.72$. Children were asked about the events they had experienced in the preceding 24 months, i.e. since the onset of the conflict (Al Aqsa Intifada, or uprising in Palestinian areas).

• Impact of Event Scale (IES, Horowitz, 1979)

The IES is widely used in the study of PTSD in children. This 15-item scale was developed to measure the two most characteristic aspects of post-traumatic psychopathology, namely the strength of unpleasant, intrusive thoughts, and the energy spent in trying to block them out of consciousness (Dyregrov et al, 1996, 2002). The intrusive sub-scale of the Impact of Event Scale draws upon the signs and symptoms of intrusive (invading, disturbing) cognition and affects. The avoidance sub-scale of the IES draws upon avoidance behaviour, denial or the blocking of thoughts and image. Items are rated as 'never' (0), 'rarely' (1), 'sometimes' (3), or 'often' (5). Yule and Udwin (1991) estimated a cut-off of 40 or above for the presence of PTSD. In our study, Internal consistency of the scale, calculated using Chronbach's alpha was $(\alpha=.82)$. The split half reliability of the scale was .76.

• Structured Clinical Interview of mothers and fathers for DSM-IV diagnosis of ADHD (APA, 1994)

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), defines three subtypes of ADHD; predominantly inattentive, predominantly hyperactive, and combined.

Diagnostic interviews of mothers and fathers were used. Diagnoses were considered positive if, on the basis of the interview results, DSM-IV criteria were unequivocally met.

This interview consisted of 18 items questionnaire, based on DSM-IV diagnostic criteria for ADHD in children. Children scored 6 and above in inattentive 9 items are considered as inattentive; children reported 6 and more in hyperactivity-impulsive 9 items are considered hyperactive-impulsive. The combined type is rate by summing both inattentive and hyperactive-impulsive scores. The Arabic version of this scale was used in which the translation and back translation had been conducted and the Arabic Version was send to panel of expert for validity. The five experts agreed on all items and no changes were done. In our study, for parents scale, internal consistency of the scale, calculated using Chronbach's alpha was also high ($\alpha=.84$); the split half reliability of the scale was .79. While, for teachers, internal consistency of the scale, calculated using Chronbach's alpha was ($\alpha=.87$); the split half reliability of the scale was .84.

■ Results

• Prevalence of trauma, PTSD, and ADHD in children living in the Gaza Strip and West Bank

To answer the first question. Frequencies and percentages were calculated. The results indicated that Palestinian children in Gaza Strip and West Bank had been exposed to a variety of traumatic events. The most common traumatic events in Gaza Strip were: watching mutilated bodies and wounded people on TV (82.4%), witnessing bombardment of other homes by

airplanes and helicopters (50.8%), and witnessing shooting of a close relative (44.4%). Similarly children in West Bank reported commonly the following traumatic events: watching mutilated bodies and wounded people on TV (89.3%), witnessing day raids at their homes (72.7%), and witnessing bombardment of other homes by airplanes and helicopters (68%),

Table 2 : Place of residence distribution and traumatic experiences (Traumatic Events Checklist) (N = 349)

Traumatic events	Gaza (N = 199)		West Bank (N=150)		χ^2
	N	%	N	%	
Watching mutilated bodies and wounded people on TV	164	82.4	134	89.3	3.2
Day raids of your home	61	30.9	109	72.7	60.4***
Witnessing bombardment of other homes by airplanes and helicopters	101	50.8	102	68	10.4**
Witnessing own home demolition	10	5.1	71	47.3	84.9***
Nigh raids of your home	23	11.6	68	45.3	50.6***
Witnessing firing by tanks and heavy artillery at neighbors home	30	15.1	62	41.3	30.3***
Hearing killing of a close relative	59	29.6	55	36.7	1.9
Witnessing firing by tanks and heavy artillery at own home	68	34.2	55	36.7	0.23
Witnessing shooting of a close relative	88	44.2	50	33.3	4.2
Witnessing arrest of a friend	32	16.1	29	32.7	13.2**
Witnessing beating of a friend	19	9.5	39	26	16.7*
Witnessing shooting of a friend	53	26.6	37	24.7	0.17
Witnessing neighbors home demolition	17	8.5	28	18.7	7.8**
Hearing killing of a friend	23	11.6	25	16.7	1.8
Witnessing beating of a close relative	24	12.1	23	15.3	0.78
Tear gas inhalation	27	13.6	21	14	0.01
Witnessing killing of a close relative	16	8	20	13.3	2.5
Witnessing arrest of close relative	10	5	13	8.7	1.8

Percentage from the area sample only.

* p = 0.05, **p = 0.01, *** p = 0.001

There were significant differences in reporting traumatic events between children living in Gaza Strip and West Bank. Children in West Bank reported more the following events than children in the Gaza Strip: witnessing day raids ($\chi^2 = 60.4$, d.f = 1, p < .001), tear gas inhalation ($\chi^2 = 60.2$, d.f = 1, p < .001), night raids ($\chi^2 = 50.6$, d.f = 1, p < .001), witnessing own home demolition ($\chi^2 = 84.9$, d.f = 1, p < .001), witnessing of neighbours home demolition ($\chi^2 = 7.8$, d.f = 1, p < .005), witnessing firing by tanks and heavy artillery at

neighbours home ($\chi^2 = 30.3$, d.f = 1, p < .001), witnessing bombardment of other homes by airplanes and helicopters ($\chi^2 = 10.4$, d.f = 1, p < .001), and arrest of a friend ($\chi^2 = 13.2$, d.f = 1, p < .001). While the only traumatic event reported significantly by Gaza children was witnessing shooting of a close relative ($\chi^2 = 7.8$, d.f = 1, p < .03).

■ Number of traumatic experiences

Palestinian children were exposed to a wide range of traumatic experiences during the Intifada. Of the nineteen possible

exposures, the children experienced between no traumatic event and fifteen traumatic events. The mean of trauma experiences in Gaza Strip was 5.1 (SD = 3.4) and in West Bank were 7.5 (SD = 4.7). There was statistically significant difference in number of traumatic events between the two sites in which children living in West Bank reported more traumatic events than those in Gaza Strip ($t = -5.4$, $d.f = 256$, $p = 0.001$).

■ Differences in traumatic events

The number of traumatic experiences was classified as few traumatic experiences (0-4), moderate traumatic experiences (5-9) and many traumatic experiences (10 or more). In comparing frequency of traumatic experiences according to place of residence, 49.3% of Gaza children experienced few traumatic events, 44.7% experienced moderate traumatic events, and 6% experienced

many traumatic events. Similarly, 43.6% of West Bank children experienced few traumatic events, 40.7% experienced moderate traumatic events, and 24.7% experienced many traumatic events. Significantly children from West Bank reported more severe traumatic events than children from Gaza Strip ($\chi^2 = 25.7$, $d.f = 2$, $p < 0.001$).

■ Comparison between PTSD and trauma

In comparing level of traumatic experiences and PTSD (scoring 40 and more in Impact of Events Scale), 35.7% of children with PTSD reported mild trauma, 41.1% reported moderate, and 23.2% reported many traumatic events.

In order to find the difference between number of traumatic events and PTSD, significantly children with PTSD reported more severe traumatic events than children from non-PTSD (39 and less in IES) ($t = -3.2$, $d.f = 246$, $p = 0.001$).

Table 3:Severity of traumatic experiences and site of living, PTSD, and ADHD

	Mild		Moderate		Severe	
	No	%	No	%	No	%
West Bank	52	34.7	61	40.7	37	24.6
Gaza	98	49.2	89	44.8	12	6
PTSD	46	35.7	53	41.1	30	23.2
Inattention by parents	25	59.5	13	31	4	9.5
Hyperactivity-impulsivity by parents	15	31.4	25	49	10	19.6
ADHD by parents	9	45	7	35	4	25
Inattention by teachers	28	35	24	30	28	35
Hyperactivity-impulsivity by teachers	26	40.6	18	28.1	20	31.3
ADHD by teachers	5	33.3	5	33.3	5	33.3

In comparing level of traumatic experiences and ADHD by parents, 45% of children with ADHD reported mild trauma, 35% reported moderate, and 20% reported many traumatic events.

In order to test the differences between trauma and ADHD reported by parents, One-Way analysis of variance was performed. The results indicated that there were a significant difference between level of traumatic events and ADHD by parents $F = 8.34$ (2,346), $p = 0.001$. Tukey post hoc test was performed, the result showed that there was difference between children reported many traumatic events (Mean = 15.0, SD= 8.7) and those reported moderate traumatic events (Mean 11.01, SD= 6.4) - children with many traumatic events were rated as having ADHD by parents.

In comparing level of traumatic experiences and ADHD by teachers, 33.3% of children with ADHD reported mild trauma, 33.3% reported moderate, and 33.3% reported many traumatic events.

In order to test the differences between trauma and ADHD reported by teachers, One-Way analysis of variance was performed. The results indicated that there were a significant difference between level of traumatic events and ADHD by teachers $F = 13$ (2,346), $p = 0.001$. Tukey post hoc test was performed, the result showed that there was difference between children reported many traumatic events (Mean = 9.2, SD= 6.5) and those reported moderate traumatic events (Mean = 5.7, SD= 3.8) - children with many traumatic events were rated as having ADHD by teachers.

The association between exposure to traumatic events and PTSD symptoms was investigated. IES scores were significantly associated with the total number of experienced traumatic events (Pearson correlation coefficient: $r = 0.24$, $N = 349$; $p = 0.001$).

Table 4:Differences in trauma, PTSD, and ADHD in Gaza Strip and West Bank

	Gaza Strip		West Bank		χ^2
	NO.	%	NO.	%	
Mild trauma (4 and less events)	98	49.2	52	34.7	25.7***
Moderate (5-9 events)	89	44.7	61	40.7	
Many (10 and more events)	12	6	37	24.6	
PTSD according to IES	78	39.2	51	34.0	.99
Inattention-impulsive according to parents	29	14.7	13	8.7	2.8

Inattention-impulsive according to teachers	53	27.7	27	18.0	4.4*
Hyperactivity according to parents	34	17.3	17	11.3	2.3
Hyperactivity according to teachers	36	18.8	28	18.7	0.00
ADHD- parents	16	8.4	4	2.7	5.01*
ADHD teachers	10	5.2	5	3.3	.72

* p = 0.05, **p = 0.01, *** p = 0.001

■ Prevalence of post traumatic stress reactions

The most common PTSD reactions in children in the Gaza Strip were: Children's post traumatic stress reactions scores ranged between 0 and 61.

Eighty-seven (39.2%) of children from Gaza Strip reported post traumatic stress disorder (40 and above in IES) compared to 51 (34%) of children from West Bank. In comparing mean of IES, children from Gaza Strip mean was 34.4 (SD = 14.1) and

from West Bank mean was 33.7 (SD = 15.8). There was no significant statistically differences between the two sites (T independent test: $t = .37$, $df = p = ns$). In comparing the subscales of IES, intrusion subscale scores of children from Gaza Strip mean was 17.2 (SD=8.4) and from West Bank mean was 15.7 (SD= 8.9), while avoidance mean from children from Gaza Strip was 17.3 (SD =7.6) and from children from West Bank mean was 18.02, SD =8.5). There were no statistically differences between the two sites in IES subscales.

Table 5: Means and standard deviations of trauma, PTSD, and ADHD by teachers and parents

	Gaza Strip		West Bank		t	p
	Mean	SD.	Mean	SD		
Total trauma	5.1	3.4	7.5	4.8	-5.2	0.001
Total IES	34.4	14.1	33.8	15.8	.31	.71
Intrusion (IES)	17.2	8.3	15.8	8.9	1.5	.19
Avoidance (IES)	17.4	7.6	18	8.5	-.73	.43
Inattention by parents	2.6	2.5	2.2	2.4	1.3	.17
Inattention by teachers	3.3	3.1	3	2.9	1.1	.26
Hyperactivity-impulsivity by parents	3.02	2.5	2.5	2.5	.30	.07
Hyperactivity-impulsivity by teachers	3.08	2.6	2.8	2.5	.66	.50

In order to test the predictive value of specific traumatic events on PTSD symptoms, total IES scores were entered as the dependent variable in a linear multiple regressions, with the 19 types of traumatic events as the covariates. The event that was significantly associated with IES scores was day raids of their home (Beta=0.12, $p=0.03$), night raids at their home (Beta=-3.5, $p=0.001$), tear gas inhalation (Beta=0.86, $p=0.02$), witnessing arrest of a friend (Beta=0.66, $p=0.04$), and witnessing bombardment of other homes by airplanes and helicopters (Beta=1.6, $p=0.001$).

As the effect of traumatic events on PTSD symptoms might have been mediated by sociodemographic variables, in a subsequent

linear regression, IES scores were again entered as the dependent variable, with sociodemographic variables and the total number of traumatic events as the covariates. The latter remained the strongest predictor ($B=0.17$, $SE=0.04$, $B=0.24$, $t=3.2$, $p=0.001$).

In comparing children scoring 40 and above in IES (possible PTSD), 16 children (12.5%) were scored inattentive by parents, 36 (28.6%) by teachers.

Children rated as hyperactive by parents and being PTSD were 30 (23.4%). There was statistically significant relationship toward PTSD ($\chi^2 = 12.3$, $p<0.001$). While 27 (21.1%) of children rated as hyperactivity by teachers had PTSD.

Table 6: Comparison of PTSD and ADHD subtypes by parents and teachers

	PTSD		No PTSD		χ^2
	N	%	N	%	
Inattention by parents	16	61.9	26	39.1	0.03
Hyperactivity by parent	30	58.8	21	41.2	12.3**
ADHD by parents	10	50	10	50	1.5
Inattention by teachers	36	45	44	55	2.9
Hyperactivity-impulsivity by teachers	27	42.2	37	57.8	.96
ADHD by teachers	12	80	3	20	12.4**

* p = 0.05, **p = 0.01, *** p = 0.001

The relationship between PTSD and ADHD symptoms was examined through Spearman rank correlation test. Total IES scores were significantly associated with total inattention ($r=0.20$, $p<0.001$) and hyperactivity scores by parents ($r=0.15$, $p<0.005$). Also, IES subscale: intrusion was significantly associated with total inattention scores by parents ($r=0.23$, $p<0.001$), and teachers ($r=0.11$, $p<0.03$), and hyperactivity scores by parents ($r=0.20$, $p<0.001$). Avoidance was significantly associated with total scores of inattention by teachers ($r=0.13$, $p<0.01$) and hyperactivity scores by teachers ($r=0.12$, $p<0.02$).

■ Prevalence of combined ADHD according to parents and teachers

• Prevalence of combined ADHD according to parents

Twenty nine children (14.7%) from Gaza Strip met the DSM-IV criteria for inattentive type compared to 13 (8.7%) in the West Bank. While, 34 (17.3%) of children from Gaza Strip were impulsive compared to 17 (11.3%) from West Bank. No statistically significant differences between the two sites.

Sixteen children (8.4%) of children from Gaza fulfilled the full criteria of ADHD combined type compared to 4 (2.7%) from West Bank. Children in Gaza Strip significantly were differ from those in West Bank in combined ADHD ($\chi^2 = 5.01$ d.f = 1, $p < .02$).

• Prevalence of combined ADHD according to teachers

Fifty-three children (27.7%) from Gaza Strip met the DSM-IV criteria for inattentive type compared to 27 (18%) in the West Bank. Children in Gaza Strip were significantly more inattentive than those in the West Bank ($\chi^2 = 4.4$, d.f = 1, $p < .03$). While, 36 (18.8%) of children from Gaza Strip were rated as impulsive compared to 28 (18.7%) from West Bank.

Ten children (5.2%) from Gaza fulfilled the full criteria of combined ADHD type compared to 5 (3.3%) children from West Bank.

In order to investigate discrepancies between teachers and parents in detecting ADHD children, Wilcoxon signed ranks test was performed; there was discrepancy between parents and teachers in detecting children with ADHD ($z=-14.79$, $p = 0.001$).

In order to investigate discrepancies between teachers and parents in detecting inattentive children, Wilcoxon signed ranks test was performed; there was no discrepancy between parents and teachers in detecting children with hyperactivity-impulsivity ($z=-1.5$, $p = .12$).

■ Discussion

The results showed that children experienced watching mutilated bodies in TV, bombardment of houses by helicopters and tanks which consisted with previous research in the same area (Thabet et al, 2001, 2002, 2003 Press). But, children in West Bank reported inhalation tear gas much more than children in the Gaza Strip, which was a result of direct confrontation of children with soldiers in the cities and checkpoints. However, children in West Bank had reported more traumatic events (Mean =7.5) than those in Gaza Strip (Mean= 5); this difference was a result of incursion and reoccupation of the most major cities in the West Bank, while children exposure in Gaza Strip was not so intensive as it was in West Bank. However, children in Gaza Strip reported more PTSD (39%) compared to 34% in West Bank. Higher percentage of PTSD in children living in the Gaza Strip may be due to other risk factors rather than the trauma alone, such factors are large family size, overcrowding, unemployment of

the father, and low socioeconomic status of families living in the Gaza Strip. So, trauma is not the only reason for developing PTSD in Gaza Strip children. Previous studies in the area showed that social adversities could add more risk factor on children living in the area (Thabet et al, 1998). The dose-linear relationship between trauma and PTSD was obvious in both sites, children who experienced more traumatic events reported more PTSD. This result is congruent with other studies (Pynoos et al, 1993; Goenjian et al, 1995; Slone et al, 1998; Thabet et al, 1999, 2000; McClosky et al, 2000). Moreover, this dose-linear relationship may not apply to all trauma-related circumstances and young populations (McFarlane, 1988; Yule et al, 1990).

The result showed that prevalence of combined ADHD type was low in children if the children were rated by their teachers in our society, however, the rate is similar to other studies (3%) (Kadesjo et al, 2001). Parents are reporting more ADHD children compared to teachers (5-8%). Children in the Gaza Strip were reported to be more hyperactive than in the West Bank, which could be due other risk factors such as low family income, overcrowding due to large families.

Because traumatized children frequently are agitated and inattentive, they may present with ADHD-like behaviours, raising important clinical questions as to whether they have ADHD or trauma-associated phenomena. The presence of PTSD symptoms of increased arousal, such as poor concentration and exaggerated startle response, may mimic ADHD, leading to the potential misdiagnosis of ADHD in these children. Recent work by our group and others has documented that ADHD is a highly familial disorder (Biederman et al, 1992). Thus, if ADHD symptoms in traumatized children represented a reaction to trauma and not "true" ADHD, we would expect to see an absence of familiarity of ADHD in such children. However, if traumatized children with ADHD-like features have ADHD, it should be associated with a familial pattern similar to that of other cases of nontraumatized children with ADHD.

■ References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Abu Hein, F., Qouta, S., Thabet, A. & El Sarraj, E. (1993). Trauma and mental health of children in Gaza. *British Medical Journal*, 306, 1129-1130.
- Biederman, J., Faraone, S.V. & Keenan K et al. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738
- Dyregrov, A., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A Longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 59-63.
- Dyregrov, A., Kuterovac, G. & Barath, A. (1996). Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 339-350
- Cauffman, E., Feldman, S.S., Waterman, J. & Steiner, H. (1998). Posttraumatic stress

disorder among female juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1209-1216

- Cuffe, S.P., McCollough, E.L. & Pumariega, A. J. (1994). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Family Study*, 3, 327-336

Famularo, R. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Neglect*, 20, 953-961.

- Glod, C. (1997). Research on activity levels and rhythms in childhood psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 48, 43-44

- Glod, C.A. & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder, and activity levels in prepubertal children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1384-1393.

- Goenjian, A. K., Pynoos, R. & Steinberg, A. M. (1995). Psychiatric co-morbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1174-1184.

- Horowitz, M., Wilner, N & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.

- McCloskey, Laura, A., Walker, A. & Lacer, M. (2000). Post traumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 108-115

- McFarlane, A. (1988). The etiology of post traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, 152, 116-121.

- Merry, S. & Andrews, L. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 939-944

- Pfefferbaum JD (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.

- Pynoos, R. S. (1993). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In: *Review of Psychiatry*, Oldham J.M., Riba, M.B., Tasman A, (Eds.). Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 205-238.

- Qouta, S., Punamaki, R. L. & El Sarraj, E. (1997). Trauma, violence and children, impact of the home-demolition on children behaviour. *Journal of Psychological and Educational Measurement and Evaluation*, 3, 1-11.

- Riggs, P., Baker, S., Mikulich, S.K., Young, S. E, & Crowley, T.J. (1995). Depression in substance-dependent delinquents. *Journal of*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 764-771

- Slone, M., Adiri, M. & Arian, A. (1998). Adverse political events and psychological adjustment: Two cross-cultural studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1058-1069.

- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazem, A. L. & Forde, D. R. (1997). Full and partial post traumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.

- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of Childhood Diseases*, 78, 439-442.

- Thabet, A.A. and Vostanis, P. (1999). Posttraumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 385-391.

- Thabet, A.A. and Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 291-298.

- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Public Health Journal*, 7, 314-321.

- Thabet, A.A., Abed, Y. and Vostanis, P. (2002). Emotional problems among Palestinian children living in a war zone. *The Lancet*, 359, 1801-1804.

- Thabet, A. A, Abed Y & Vostanis P (2004) Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 533-542

- United Nations for Relief and Work Agency (1999). Facts and figures: the situation in the Gaza Strip and the West Bank. United Nations: Gaza.

- Yule W & Udwin O. (1991). Screening child survivors for PTSD: experience from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 131-138.

- Wozniak, J., Crawford, M., Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Taylor, A., Andara, A. & Blier, H. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: findings from a longitudinal study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 48-55.

* , Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Al Quads University, School of Public Health, Gaza PO Box 5314.

** , Associate Professor of Psychology, Dean of Arts College ,Al Quads University

*** , Professor of Educational Psychology, Head of Psychology Department- Faculty of Education, Islamic University, Gaza. P.O. Box 108

**** , Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE3 0QU, UK.

دور الازمات في اثاره المخاوف

لدى الشباب الجامعي في العراق*

أ. د. سوسن شاكر الجبلي - علم النفس - العراق

sawsanshakir@yahoo.com - sawsanshakir53@yahoo.com

انتشرت في الالفية الجديدة الصراعات والحروب في العالم، وغابت العدالة وتزايد تحكم المادة في سلوك الناس والتفكك الاسري. ونتابع يوميا الاحداث الكبيرة التي تحدث في بعض دول العالم من حروب وكوارث طبيعية وازمات سياسية وانفجارات وقذائف وغارات جوية ومشاهد للقتلى والجرحى والمصابين ثم مايتبع ذلك من مظاهر الفوضى.

ان تلك المظاهر زادت من مخاوف الشباب بسبب تظافر اربعة عوامل وهي: الفقر، الجوع، المرض، والحرب. فاضيف الى مجموعة المخاوف المتعارف عليها مخاوف الالفيات (نهاية الثانية وبداية الثالثة) حتى يبدو المشهد متشائما "ودافعا" للاكتئاب. وبما ان اخطار العولة اكثر اثارا للخوف بسبب حداثة وعيها، فأن الخوف منها يتخطى كل الحدود فمن فيروسات الحاسوب التي قد تتسبب بكوارث نووية او بيئية او امراضية الى مساهمة ثورة الاتصالات في انتشار اوبئة الايدز وجنون البقر... الخ. [11، ص8].

ولو رصدنا الظواهر النفسية لهذه الازمات فنجد أنها تتمثل في الإحباط العام والاكتئاب والخوف والقلق الجماعي وربما يؤدي ذلك إلى زيادة محتملة في انتشار الاضطرابات النفسية وخاصة اضطراب الضغوط والكرب المصاحب والتالي للصدمة النفسية.

إن تلك الاضطرابات تحدث عقب التعرض للصدمة والازمات الشديدة والتي تفوق طاقة الاحتمال للكثير منهم. ورغم أن الإنسان يتعرض منذ القدم للمواقف والازمات مثل الكوارث الطبيعية والظواهر المدمرة والصراعات والحروب فقد اصبحت اثار هذه المواقف وماتسببه من اضطرابات نفسية وجسدية موضع اهتمام كبير في العصر الحالي عقب حدوث الحرب العالمية الاولى والثانية في القرن العشرين ثم سلسلة الحروب الاخرى والصراعات في اماكن مختلفة من العالم بما يؤثر على الجماعات والافراد ويتسبب في اثار نفسية سلبية.

الفصل الأول

1. أهمية البحث

- مشاعر الذنب امام معاناة الشعب العراقي. الذي وصل الى حدود الازلال والجوع والمرض

- مشاعر الخوف من تكرار الكوارث والازمات باشكالها المختلفة من عسكرية واقتصادية واجتماعية وحروب اهلية وغيرها.

- مشاعر الخوف من الموت الشخصي والجماعي تحت تهديد حروب موعودة وهو خوف دعمته الاعداد الهائلة للقتلى والضحايا في حرب امريكا وقوات التحالف على العراق.

- مشاعر الحداد والفقدان المتطورة على انواعها وهي تتراوح مابين الرعب وفقدان القدرة على الفعل وبين الرغبة في الانتقام.

- مخاوف الفقدان الاقتصادية بعد التحول الى هدف لسياسة الافقار التي باتت تمارس بصورة معلنة ومباشرة.

- استعجال الموت للخلاص من الازلال المرافق للكوارث والازمات المعنوية وهو استعجال يتراوح مابين الزهد والنكوص الديني وبين الاندفاع نحو الاستشهاد.

- تنامي مشاعر عدم اطمئنان الجمهور للسلطة في تجسيد حالة تهاوي الانا المثلى. ومن تجلياتها الشعور بعجز السلطة عن حماية جمهورها. [12، ص5]

2003 " "

[12] 4.

[6]. " "

5%-9% (15-20) 3] 338 . 5] 27 .	- قلق الموت. - المخاوف من الاصابة بامراض مميتة . - فقدان الشعور مجدوى الفعل. - ردود الفعل الفردية امام التغييرات الحاصلة بسبب الكارثة. - تنامي احتمالات انتكاسات الامراض النفسية والجسدية . - ظهور عوارض او امراض جسدية على علاقة بشدة الكارثة . - الفوبيا بانواعها (مخاوف مرضية من الحرب والقصف والانفجارات... الخ) . - مظاهر اضطراب مابعد الصدمة . - الاكتئاب والشعور بالتهديد المستمر. - الخوف من المستقبل.
1-	- حالة من التردد تترافق مع معاودة الشكوى من الدوار. - مظاهرات القلق الانهياي. - نقص القدرة على المبادرة . - إهمال على الصعيد المهني. - اضطراب النوم . - استمرار بعض المظاهر الهستيرية ومن ضمنها الخوف الهستيري . - ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة . - ظهور موجة عارمة من الفوبيا من نوع الخوف من الانفجارات. [12، ص5-8]
2- 3-	Fear 15%

Arabsynet e.Journal: N° 12 – AUTUMN 2006

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 12 – خريف 2006

67

- 4- الميل الى الكذب والخداع.
- 5- الانطواء والعزلة بعيدا عن افراد المجتمع.
- 6- فقدان الحنان والعاطفة.
- 7- الشعور بالقلق وعدم الارتياح. [2، ص6-7]

:

.

.

[10 18].

4.4 محكات تشخيص المخاوف

:

- 1- الخوف والقلق الزائد والتربص والتوجس لعدد من الاحداث والانشطة المتعلقة بالدراسة والعمل ويحدث ذلك لعدة ايام ولمدة لاتقل عن ستة اشهر.
- 2- يجد الفرد صعوبة في السيطرة على مخاوفه وقلقه.
- 3- يصاحب الخوف والقلق ثلاثة اعراض او اكثر من الاعراض الستة الاتية على ان تظهر بعض الاعراض في معظم الايام خلال الاشهر الستة الماضية:
- شعور بعدم الراحة والتقييد.
- سرعة التعب.
- صعوبة التركيز.
- الاستثارة الوجدانية والحساسية المفرطة.
- التوتر العضلي.
- مشكلات النوم (صعوبة البدء في النوم او الاستغراق في النوم او النوم المتقطع).

■ الفصل الثاني

1. منهجية البحث

:

1.1. العينة الاستطلاعية

" (60) / 23.7

.

[17 23-24]:

- الفياضات والاعاصير والعواصف.
- الزلازل.
- الكوارث التقنية والصناعية.
- تحطم الطائرات وغرق السفن.
- الحروب.
- الانفجارات والاضطرابات المدنية وعمليات اطلاق النار.
- الارهاب والعنف. [18]

3.4. اعراض الخوف

:

أ. الاعراض السلوكية الظاهرية

- 1- الصراخ اللا ارادي طلبا للاغاثة.
- 2- اتخاذ وضع هجومي يحاول فيه حشد كل طاقته للدفاع ولقهر حالة الخوف.
- 3- التراجع او الفرار من الساحة.
- 4- مص الاصابع، قضم الاظافر، وعض الشفه، وقلع الشعر.
- 5- البكاء.
- 6- اللجوء الى شخص اخر يطلب منه النجدة او الاغاثة.
- 7- الارتباك، فتبدر منه تصرفات تنم عن اضطرابه فيبدو وكأنه يسيء استخدام الاشياء.

ب. الاعراض الفيزيولوجية

- 1- ارتعاش في الجسم يؤدي الى شلله.
- 2- شحوب اللون واصفرار الوجه أو احمرار فوري في الوجه.
- 3- القشعريرة والتعرق في الوجه.
- 4- جفاف الفم وصعوبة في التنفس مما يؤدي الى الاختناق.
- 5- شدة ضربات القلب وتقلص العضلات مما يؤدي الى عدم دوران الدم بصورة متوازنة.
- 6- تقلص الاوتار الصوتية مما يؤدي الى تغير نبرات الصوت.
- 7- اضطراب النوم والشعور بالارق او النعاس.

ج. الاعراض المعرفية

- 1- اضطراب في فهم وادراك الامور.
- 2- العجز عن التعلم.
- 3- الرغبة في التجنب.
- 4- الشعور بالعجز.
- 5- الاعتقاد في الخطر.

د. المشاعر الداخلية

- 1- الشعور بالارتباك من شدة الموقف.
- 2- الحيرة واليأس من الحياة الناجم عن الشعور بأفتقاد الامن.
- 3- فقدان الرغبة في اداء الواجبات والاعمال.

(150)	(300)	(150)
17-48		2005/2006
.	4.491	23.33
		.(1)

جدول (1): أعداد عينة الدراسة الأساسية والمتوسطات والانحرافات المعيارية للعمر

الجنس	العدد	المتوسط	الاخفاف المعياري
ذكور	150	25.233	5.431
الاناث	150	21.433	3.549
المجموع	300	23.333	4.491

2. أداة البحث

1.2. اعداد استبيان استطلاعي

"يعانى معظم الشباب من المخاوف، كالمخاوف الصحية والمخاوف المدرسية، والمخاوف الاجتماعية، والمخاوف الاقتصادية، وغيرها من المخاوف الأخرى، فالرجاء ذكر الموضوعات المثيرة للخوف وما تشعر به من مخاوف".

$$\begin{aligned} & \text{"} & (50) \\ & \cdot & (70) \end{aligned}$$

2.2. الصورة النهائية للمقياس

(70)

■ الفصل الثالث

1. نتائج البحث

[illegible]

4 3 2

49

(1)

■ الخصائص السيكومترية للمقياس

0.78

 (0.84)

- خوف من الانهيار الخلقي والاجتماعي للمجتمع.
- خوف من انتشار الامراض المعدية.

- الخوف من اصحاب النفوذ.
- الخوف من حدوث الكوارث الطبيعية.
- الخوف من الحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة.
- الخوف من نهب الممتلكات الخاصة.
- :
- الخوف من الخيانة والغدر.
- الخوف من العيش الذليل.
- الخوف من حدوث الخرائق.
- الخوف من السجون والاعتقالات.
- الخوف من الافتراق عن الوالدين.

- الخوف من التلوث البيئي والاشعاعات.
- الخوف من الاختطاف والاغتيال.
- الخوف من التعذيب الجسدي.
- الخوف من العيش الذليل.
- الخوف من انهيار المجتمع.
- الخوف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور.
- الخوف من حدوث الكوارث الطبيعية.
- الخوف من صديق السوء.
- الخوف من حدوث الخرائق.
- الخوف من الانفلات القيمي.
- الخوف من السجون والاعتقالات.
- الخوف من نشوب حرب اهلية. والجدول (2) يوضح تفصيل ذلك.

2.1. المخاوف الواقعية للشباب

(....)

1991

(2.28)

Arrindell,Kolk, &Hageman 1993

(2).

520

1994

(1.97) (2.49)

300

1993

1984

1982

(4) (3)

(19-17 2) .

3.1. المخاوف المستقبلية للشباب

(2.51)

(2)

(2.28)

(2.78) (3.12)

- الخوف من عدم الحصول على وظيفة.
- الخوف من العقم.
- الخوف من الانهيار الخلقي والاجتماعي.
- الخوف من انهيار المجتمع.
- الخوف من نقص المياه المعقمة.
- الخوف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور.
- الخوف من امريكا وحليفاتها.
- الخوف من عدم اكمال الدراسات العليا.
- الخوف من الخروب.

- الخوف من الخيانة والغدر.
- الخوف من عمليات الاختطاف والاغتيال.
- الخوف من التعذيب الجسدي.
- الخوف من العيش الذليل.
- الخوف من اصدقاء السوء.
- الخوف من حدوث الخرائق.
- الخوف من السجون والاعتقالات.
- الخوف من نهب الممتلكات.
- الخوف من رؤية الدم والاشلاء الجسدية.
- الخوف من اقتحام المنازل من قوات الاحتلال والعصابات.

- الخوف من عمليات الاختطاف والاغتيال.
- الخوف من التعذيب الجسدي.
- الخوف من رؤية الدم والاشلاء الجسدية.
- الخوف من اقتحام المنازل من قوات الاحتلال والعصابات.
- الخوف من السير في الاماكن الخطرة.
- الخوف من العمليات الارهابية.

-4

- الخوف من عدم العثور على عمل.
- الخوف من الفشل في الحياة.

-5

-6

* بحث مقدم الى المؤتمر العلمي لكلية الاداب والفنون لجامعة فيلادلفيا الدولي
الحادي عشر للمدة من 2006/4/26-24

المصادر

- 1- احمد محمد عبد الخالق 2005، المقياس العربي للتفاؤل والتشاؤم، نتائج
مصرية، مجلة دراسات نفسية المجلد الخامس عشر، العدد الثاني
ابريل، 2005 رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية.
- 2- بدر محمد الانصاري (1996) مخاوف الشباب الجامعي في الكويت،
جامعة الكويت، كلية الاداب.
- 3- بدر محمد الانصاري، 2004، القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية،
دراسة ثقافية مقارنة، مجلة دراسات نفسية المجلد الرابع عشر العدد
الثالث يوليو 2004 رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية.
- 4- الحملوي، محمد رشاد ومحمد شومان، الازمات والكوارث في مصر
المحروسة، تقرير عام 1998، القاهرة، جامعة عين شمس، وحدة بحوث
الازمات، 1999.
- 5- عباس علوان داود، 1982، مخاوف المراهقين في مرحلة الدراسة
المتوسطة في مدينة بغداد رسالة ماجستير غير منشورة.
- 6- عبد العزيز القوصي، 1956، اسس الصحة النفسية، القاهرة مكتبة النهضة
المصرية، الطبعة الخامسة.
- 7- عبد المنعم الحفني، 1978 موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،
القاهرة، مكتبة مدبولي.
- 8- عثمان محمد العربي، اتصالات الازمة مسح وتقييم للتطورات النظرية
فيها، المجلة المصرية لبحوث الاعلام، كلية الاعلام، جامعة القاهرة، يناير
- ابريل 1999، ص 93 - 152.
- 9- فاخر عاقل، 1977، معجم علم النفس، بيروت، دار العلم للملايين.
- 10- مريم حسن اليماني، و احمد محمد عبد الخالق 2004، التمييز بين
مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بواسطة الاعراض الجسمية، مجلة
دراسات نفسية المجلد الرابع عشر العدد الاول يناير 2004 رابطة
الاخصائيين النفسيين المصرية.
- 11- محمد احمد النابلسي، 2005، الاثار النفسية للعدوان والاحتلال على
الطفل العراقي، مجلة شبكة العلوم العربية النفسية، مجلد الثاني، العدد
السابع، سبتمبر 2005، تونس.
- 12- محمد احمد النابلسي، الاحباط العربي، www.almarefah.com
- 13- محمود السيد ابو النيل (1984) الامراض السيکوسوماتية والامراض
الجسمية النفسية المنشأ، دراسات عربية وعالمية، مكتبة الخانجي
- 14- Bamber J.H.1974, The fears of adolescents, Journal of
genetic psychology, 125,127-140.
- 15-E.L. Quarantelli, Inventory of Disaster Field studies in the
social and behavioral sciences, 1919 – 1979, Initially issued
as DRC miscellaneous report, 32, 198
- 16- Oxford Advanced Learner's Dictionary, Oxford University Press
1996.
- 17- World Disasters report, International federation of Red Cross
& Red Crescent Societies, Oxford University press 1993.
- 18- www.ncptsd.org, terrorist attacks and children, national
center for PTSD fact sheet P.3

الملاحق

مقياس المخاوف

الجنس : ذكر () انثى ()

العمر : ()

المرحلة : ()

2. التوصيات

-1

-2

-3

اسم الفقرة	اعاني من الخوف لدرجة كبيرة	اعاني من الخوف بشكل واضح	اعاني من الخوف لدرجة متوسطة	اعاني من الخوف لدرجة ضعيفة	لا اخاف مطلقا
1. اخاف من الاصوات العالية					
2. اخاف من الموت					
3. اخاف من الاماكن المظلمة					
4. اخاف الخروج لوحي					
5. اخاف من قوات الاحتلال					
6. اخاف من قوات الحرس الوطني					
7. اخاف من الاماكن المغلقة					
8. اخاف من اقتحام منزلي من القوات المسلحة او العصابات					
9. اخاف الافتراق عن والدي					
10. اخاف الازمات المالية					
11. اخاف من الفشل في الحياة					
12. اخاف من دخول الاماكن المزدحمة					
13. اخاف رؤية الدم والاشلاء الجسدية					
14. اخاف من انهيار المجتمع.					
15. اخاف السير في الاماكن الخطرة					
16. اخاف من المستقبل المجهول.					
17. اخاف سماع اصوات القنابل والانفجارات.					
18. اخاف الخروج ليلا.					
19. اخاف التلوث البيئي والاشعاعات					
20. اخاف من الانهيار الخلقي والاجتماعي					
11. اخاف من الفشل في الحياة					
12. اخاف من دخول الاماكن المزدحمة					
13. اخاف رؤية الدم والاشلاء الجسدية					
14. اخاف من انهيار المجتمع.					
15. اخاف السير في الاماكن الخطرة					
16. اخاف من المستقبل المجهول.					
17. اخاف سماع اصوات القنابل والانفجارات.					
18. اخاف الخروج ليلا.					
19. اخاف التلوث البيئي والاشعاعات					
20. اخاف من الانهيار الخلقي والاجتماعي					
21. اخاف من عدم الحصول على وظيفة مستقبلا.					
22. اخاف من الاختطاف والاعتقال					
23. اخاف من نهب ممتلكاتنا الخاصة					
24. اخاف من نقص المواد الغذائية					
25. اخاف من اصابي بالامراض المستعصية.					
26. اخاف من نقص المياه المعقمة					
27. اخاف من انتشار الامراض المعدية					
28. اخاف من السجون والاعتقالات.					
29. اخاف من ان اكون عقيما					
30. اخاف من اصحاب النفوذ.					
31. اخاف من حدوث الحرائق					
32. اخاف من التعذيب الجسدي					
33. اخاف من الحروب					
34. اخاف من عدم تحقيق اهدافي في الحياة					
35. اخاف من الوقوع بالضرر.					
36. اخاف من عدم العثور على عمل مستقبلا.					
37. اخاف من عدم إيجاد شريك الحياة					
38. اخاف من العمليات الارهابية					
39. اخاف من نشوب حرب اهلية					
40. اخاف من عدم اكمال الدراسات العليا					
41. اخاف من حدوث الكوارث الطبيعية					

42.	اخاف من الانفلات القيمي				
43.	اخاف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور				
44.	اخاف من امريكا وحليقاتها				
45.	اخاف من مقابلة الشخصيات المهمة.				
46.	اخاف ان اعيش ذليلا				
47.	اخاف من المحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة				
48.	اخاف الخيانة والغدر				
49.	اخاف من صديق السوء				
37.	اخاف من عدم ايجاد شريك الحياة				
38.	اخاف من العمليات الارهابية				
39.	اخاف من نشوب حرب اهلية				
40.	اخاف من عدم اكمال الدراسات العليا				
41.	اخاف من حدوث الكوارث الطبيعية				
42.	اخاف من الانفلات القيمي				
43.	اخاف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور				
44.	اخاف من امريكا وحليقاتها				
45.	اخاف من مقابلة الشخصيات المهمة.				
46.	اخاف ان اعيش ذليلا				
47.	اخاف من المحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة				
48.	اخاف الخيانة والغدر				
49.	اخاف من صديق السوء				

جدول 2: الاوساط المرجحة العامة لمخاوف الشباب

اسم الفقرة	الوساط المرجحة	القيمة النظرية للوسط المرجح	الدالة الاحصائية
1. اخاف من الاصوات العالية	1.59	2	
2. اخاف من الموت	2.11	2	دال احصائيا
3. اخاف من الاماكن المظلمة	1.81	2	
4. اخاف الخروج لوحدي	1.46	2	
5. اخاف من قوات الاحتلال	1.79	2	
6. اخاف من قوات الحرس الوطني	1.21	2	
7. اخاف من الاماكن المغلقة	1.98	2	
8. اخاف من اقتحام منزلي من القوات المسلحة او العصابات	2.72	2	دال احصائيا
9. اخاف الافتراق عن والدي	2.71	2	دال احصائيا
10. اخاف الازمات المالية	2.29	2	دال احصائيا
11. اخاف من الفشل في الحياة	2.62	2	دال احصائيا
12. اخاف من دخول الاماكن المزدحمة	1.71	2	
13. اخاف رؤية الدم والاشلاء الجسدية	2.73	2	دال احصائيا
14. اخاف من انهيار المجتمع.	2.85	2	دال احصائيا
15. اخاف السير في الاماكن الخطرة	2.65	2	دال احصائيا
16. اخاف من المستقبل المجهول.	2.17	2	دال احصائيا
17. اخاف من سماع اصوات القنابل والانفجارات.	2.23	2	دال احصائيا
18. اخاف الخروج ليلا.	1.98	2	
19. اخاف التلوث البيئي والاشعاعات	2.91	2	دال احصائيا
20. اخاف من الانهيار الخلقي والاجتماعي	2.96	2	دال احصائيا
21. اخاف من عدم الحصول على وظيفة مستقبلا.	2.18	2	دال احصائيا
22. اخاف من الاختطاف والاغتيال	2.91	2	دال احصائيا
23. اخاف من نهب ممتلكاتنا الخاصة	2.73	2	دال احصائيا
24. اخاف من نقص المواد الغذائية	2.09	2	دال احصائيا
25. اخاف من اصابتي بالامراض المستعصية.	2.83	2	دال احصائيا

26. اخاف من نقص المياه المعقمة	2.59	2	دال احصائيا
27. اخاف من انتشار الامراض المعدية	2.95	2	دال احصائيا
28. اخاف من السجن والاعتقالات.	2.74	2	دال احصائيا
29. اخاف من ان اكون عقيما	2.32	2	دال احصائيا
30. اخاف من اصحاب النفوذ.	1.62	2	
31. اخاف من حدوث الحرائق	2.79	2	دال احصائيا
32. اخاف من التعذيب الجسدي	2.88	2	دال احصائيا
33. اخاف من الحروب	2.74	2	دال احصائيا
34. اخاف من عدم تحقيق اهدافي في الحياة	2.68	2	دال احصائيا
35. اخاف من الوقوع بالضرر.	2.61	2	دال احصائيا
36. اخاف من عدم العثور على عمل مستقبلا.	2.13	2	دال احصائيا
37. اخاف من عدم إيجاد شريك الحياة	1.74	2	
38. اخاف من العمليات الارهابية	2.69	2	دال احصائيا
39. اخاف من نشوب حرب اهلية	2.74	2	دال احصائيا
40. اخاف من عدم اكمال الدراسات العليا	1.94	2	
41. اخاف من حدوث الكوارث الطبيعية	2.81	2	دال احصائيا
42. اخاف من الانفلات القيمي	2.75	2	دال احصائيا
43. اخاف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور	2.84	2	دال احصائيا
44. اخاف من امريكا وحليفاتها	1.72	2	
45. اخاف من مقابلة الشخصيات المهمة.	1.31	2	
46. اخاف ان اعيش ذليلا	2.85	2	دال احصائيا
47. اخاف من المحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة	2.36	2	دال احصائيا
48. اخاف الخيانة والغدر	2.69	2	دال احصائيا
49. اخاف من صديق السوء	2.81	2	دال احصائيا

جدول 3: يوضح الاوساط المرجحة لمخاوف الشباب الواقعية موزعة حسب الجنس

اسم الفقرة	الاوساط المرجحة لمخاوف الذكور الواقعية	الاوساط المرجحة لمخاوف الاناث الواقعية	الاوساط المرجحة لمخاوف الشباب الواقعية بشكل عام
1. اخاف من الاصوات العالية	1.26	1.92	1.59
2. اخاف من الموت	1.97	2.25	2.11
3. اخاف من الاماكن المظلمة	1.54	2.06	1.80
4. اخاف الخروج لوحدي	1.11	1.82	1.46
5. اخاف من قوات الاحتلال	1.66	1.89	1.78
6. اخاف من قوات الحرس الوطني	1.35	1.06	1.21
7. اخاف من الاماكن المغلقة	1.68	2.28	1.98
8. اخاف من اقتحام منزلي من القوات المسلحة او العصابات	2.41	3.04	2.72
9. اخاف الافتراق عن والدي	2.22	3.19	2.71
12. اخاف من دخول الاماكن المزدحمة	1.63	1.78	1.71
13. اخاف رؤية الدم والاشلاء الجسدية	2.34	3.12	2.73
15. اخاف السير في الاماكن الخطرة	2.29	3.02	2.65
17. اخاف من سماع اصوات القنابل والانفجارات.	2.00	2.47	2.33
18. اخاف الخروج ليلا.	1.45	2.51	1.98
22. اخاف من الاختطاف والاغتيال	2.70	3.13	2.91
23. اخاف من نهب ممتلكاتنا الخاصة	2.71	2.76	2.73
28. اخاف من السجن والاعتقالات.	1.61	2.97	2.74
30. اخاف من اصحاب النفوذ.	2.52	1.61	1.61
31. اخاف من حدوث الحرائق	1.61	3.09	2.79
32. اخاف من التعذيب الجسدي	2.48	3.19	2.88
35. اخاف من الوقوع بالضرر.	2.56	2.91	2.61
38. اخاف من العمليات الارهابية	2.30	2.96	2.69
41. اخاف من حدوث الكوارث الطبيعية	2.42	1.82	1.72

1.31	1.14	1.62	45. اخاف من مقابلة الشخصيات المهمة .
2.85	3.00	1.46	46. اخاف ان اعيش ذليلا
2.36	2.72	2.71	47. اخاف من المحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة
2.96	3.03	2.00	48. اخاف الخيانة والغدر
2.81	2.84	2.00	49. اخاف من صديق السوء
2.28	2.49	1.97	معدل الاوساط المرجحة

جدول 4: يوضح ترتيب فقرات المخاوف الواقعية للشباب موزعة حسب الجنس

اسم الفقرة	ترتيب المخاوف الواقعية للذكور	ترتيب المخاوف الواقعية للإناث	ترتيب المخاوف الواقعية للشباب عموما
48. اخاف الخيانة والغدر	-	6	1
22. اخاف من الاختطاف والاغتيال	2	2	2
32. اخاف من التعذيب الجسدي	5	1	3
46. اخاف ان اعيش ذليلا	-	8	4
49. اخاف من صديق السوء	-	-	5
31. اخاف من حدوث الخرائق	-	4	6
28. اخاف من السجن والاعتقالات	-	9	7
23. اخاف من نهب ممتلكاتنا الخاصة	1	-	8
13. اخاف رؤية الدم والاشلاء الجسدية	8	3	9
8. اخاف من اقتحام منزلي من القوات المسلحة او العصابات	7	5	10
9. اخاف الافتراق عن والدي	-	1	-
15. اخاف السير في الاماكن الخطرة	10	7	-
38. اخاف من العمليات الارهابية	9	10	-
47. اخاف من المحاكم والطب العدلي ودوائر الشرطة	1	-	-
35. اخاف من الوقوع بالضرر	3	-	-
30. اخاف من اصحاب النفوذ	4	-	-
41. اخاف من حدوث الكوارث الطبيعية	6	-	-

جدول 5: يوضح الاوساط المرجحة لمخاوف الشباب المستقبلية موزعة حسب الجنس

اسم الفقرة	الاوساط المرجحة للذكور	الاوساط المرجحة للإناث	الاوساط المرجحة للشباب بشكل عام
10. اخاف الازمات المالية	2.20	2.38	2.29
11. اخاف من الفشل في الحياة	2.42	2.82	2.62
14. اخاف من انهيار المجتمع	2.58	3.11	2.85
16. اخاف من المستقبل المجهول	2.02	2.32	2.17
20. اخاف من الانهيار الخلقي والاجتماعي	2.66	3.16	2.91
21. اخاف من عدم الحصول على وظيفة مستقبلا	2.76	3.16	2.96
24. اخاف من نقص المواد الغذائية	2.22	2.14	2.18
25. اخاف من اصابتي بالامراض المستعصية	2.41	1.78	2.09
26. اخاف من نقص المياه المعقمة	2.66	3.006	2.83
27. اخاف من انتشار الامراض المعدية	2.29	2.89	2.59
29. اخاف من ان اكون عقيما	2.78	3.12	2.95
33. اخاف من الحروب	2.32	2.12	2.32
34. اخاف من عدم تحقيق اهدافي في الحياة	2.40	3.07	2.74
36. اخاف من عدم العثور على عمل مستقبلا	2.50	2.86	2.68
37. اخاف من عدم ايجاد شريك الحياة	2.19	2.07	2.13
39. اخاف من نشوب حرب اهلية	1.93	1.55	1.74
40. اخاف من عدم اكمال الدراسات العليا	2.48	3.00	2.74
42. اخاف من الانفلات القيمي	2.06	1.82	1.94
43. اخاف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور	2.56	3.06	2.81
44. اخاف من امريكا وحليفاتها	2.65	2.86	2.75
المعدل العام للاوساط المرجحة	2.41	2.61	2.51

جدول 6: يوضح ترتيب المخاوف المستقبلية للشباب موزعة حسب الجنس

اسم الفقرة	ترتيب الفقرات للذكور	ترتيب الفقرات للإناث	ترتيب الفقرات للشباب بشكل عام
21. اخاف من عدم الحصول على وظيفة مستقبلا.	2	1	1
29. اخاف من ان اكون عقيما.	1	2	2
20. اخاف من الانهيار الخلقي والاجتماعي	3	1	3
14. اخاف من انهيار المجتمع	5	3	4
26. اخاف من نقص المياه المعقمة	3	5	5
43. اخاف من الاصابة بالايذز وانفلونزا الطيور	6	5	6
44. اخاف من امريكا وحليفاتها	4	-	7
40. اخاف من عدم اكمال الدراسات العليا	8	6	8
33. اخاف من الحروب	-	4	8
36. اخاف من عدم العثور على عمل مستقبلا	7	8	9
11. اخاف من الفشل في الحياة	9	9	10
27. اخاف من انتشار الامراض المعدية	-	7	-
34. اخاف من عدم تحقيق اهدافي في الحياة	-	4	-

Arabpsynet Dictionary Search

English ePsydict Net

Search Arabic & French Words With PsyTerm English Translate

www.arabpsynet.com/eng/rech_eng.asp

Arabpsynet Dictionary Form

Add English Psy term translation

www.arabpsynet.com/eng/engForm.htm

Arabpsynet Jobs

Arabic Edition: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Ar.htm

French Edition: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Fr.htm

English Edition www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.htm

Arabpsynet Jobs Demand

Send Your Jobs Demand Summary Via This Form

www.arabpsynet.com/jobde/JobsDEForm.htm

الأطفال تحت الظروف الصعبة (الأطفال في الأزمات)

أ. أنور وادي - علم النفس - غزة، فلسطين

anwarwadi@hotmail.com

مقدمة: قد يواجه الأطفال ظروفًا صعبة وضاغطة من الخيرات المؤلمة، المصحوبة بالتوتر وفقر في الخدمات الأساسية و البيئة المحيطة، والمحيط البيئي يؤثر في تشكيل سلوك الأطفال فالبيئة المضطربة تقود إلى سلوك مضطرب، كما أنها تؤثر على الدور الذي يقومون به، فكلما كانت البيئة سليمة يسودها التعاون والمحبة والعلاقات الاجتماعية السليمة، كلما توفر الاطمئنان الذي ينعكس على نفسية الأطفال والسلوك الشخصي الإيجابي، في حين أن العنف والقوة والكرهية والضغط النفسي المستمر ينعكس سلبياً على سلوك الأطفال، ويؤثر سلبياً على نموهم المعرفي والاجتماعي والنفسي.

فالعنف وسوء المعاملة وكوارث الحروب أو الفقدان أو الموت لأحد الوالدين وغيرها من الأحداث، كل هذه المشكلات قد تؤدي إلى عدم الشعور بالأمن وزيادة الشعور بالعجز والإحباط لدى الأطفال والتي بالتالي تنعكس على علاقتهم بالآخرين، وعلى اتجاهاتهم نحو المجتمع، كما تؤثر على نظرتهم إلى أنفسهم والحياة والمستقبل.

وتواجه الأفراد والأسر والمجتمعات مواقف وفترات حاسمة تنطوي على شدة أو كرب أو أزمة، وما يستدعيه ذلك من ضغوط واضطرابات ومشكلات، وتلك حقيقة من حقائق الوجود الإنساني. وتصبح القضية - إذن - ليست في أن توجد تلك المواقف أو الأزمات الضاغطة، وإنما فيما تحدثه من آثار أو عواقب أو مشكلات، وفي مهارات التعامل معها ومواجهتها، وفي الوقاية من تداعياتها (البلاوي، 2001م، ص42).

وخلال السنوات المتعاقبة كثر الاهتمام بدراسة الضغوط النفسية وتأثيرها على الحياة وكثرت الدراسات والمؤلفات العلمية، وسنقوم خلال هذا الجزء من الدراسة بتعريف الضغط النفسي؛ وسنعرض لبعض النماذج التي توضح العمليات النفسية الفسيولوجية المختلفة للفرد كرد فعل عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط، كذلك سنقوم بتعريف اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وسنقوم بالتحدث عن المشكلات النفسية والاجتماعية لأبناء المعتقلين السياسيين، وكذلك عن الضغط النفسي وثقافة المجتمع كما يلي:-

Selye

أولاً: الضغط النفسي أو التآزم Stress.

• تعريف الضغط النفسي

General Physiological Adaptation Pattern

Physiology

) Social Medicine

.(24 1999

()

(Selye1980)

.(46 1996)

(Matheny)

.....

. (Matheny and others, 1993, pp133)

"

2001م (96).

... (1991 475-496).

ثانياً: نماذج المثقبة النفسية ومواقف الشدة

1- النموذج الفسيولوجي Physiological Mode I

(Lazarus and Cohen)

Seyle (1956)
General Adaptation Syndrome(GAS).

- Alarm Stage
- Resistance Stage
- Exhaustion Stage

أ. مرحلة الاستجابة للإنذار Alarm Stage

(2000 55).

Hypothalamus

Epinephrine

Norepinephrine

Malim and)

..... (Malin and Birch, 1998,p,225).

(Birch,1998 pp 220,221

ب- مرحلة المقاومة Resistance Stage

" (Fritz,1961)

(2001 98)

White Blood

Immune System
Cells

(1994 106).

Heart

Attacks

(Malin and Birch, 1998,p,226)

ج-مرحلة الإنهاك Exhaustion Stage

Psychosomatic

Illnesses

2- النموذج التفاعلي Interactional Model

(1976)

(. Malin and Birch, 1998,p,227)

(2001 99 100).

أ- ضغط بيتا : Beta Stress

ب- ضغط ألفا : Alpha Stress

(Appraisal)

(2001 102 100).

تعقيب وتعليق

وما يتضح من العرض السابق، أن هناك اختلاف في النماذج (النظريات) التي اهتمت بدراسة الضغط، فمنها من انطلق على أساس فسيولوجي أو نفسي أو اجتماعي.

فنجد سيللي قد اتخذ من استجابة الجسم الفسيولوجية أساساً يؤثر على الفرد عندما يقع تحت موقف ضاغط ، بينما نجد سبيلرجر لتخذ من قلق الحالة وهو عامل نفسي يرتبط بالضغط ، أما موراي فنجد أنه يعتبر الضغط صفة لموضوع بيئي، وبناءً على ذلك، نجد اختلافاً في هذه النماذج فيما بينهم .

وقد نلاحظ أن افتراض هذه النماذج في الاستجابة السيكلوجية للضغوط بأنها عالمية، كما أنها عجزت عن تقديم وصف دقيق للتفاعل بين النظريات الاجتماعية والسياسية والنفسية، أي عجزت هذه النماذج (النظريات) عن تقديم تناول كل من الأبعاد الجمعية والفردية للنفس البشرية.

كما أنها تغفل عن المعايير الثقافية في الاستجابة للضغوط حيث أن العمليات السيكلوجية تتأثر بالسياق السياسي والاجتماعي، حيث لا يمكن تصور الاستجابات النفسية دون اعتبار متغيرات أخرى مثل القيم والمعايير والأيدولوجيات والأغراض السياسية الحياتية لكل من الفرد والمجتمع .

وذلك كما أكدت بونامكي وهي باحثة فنلندية من رواد البحث العلمي في مجال العنف السياسي وتأثيره على الصحة النفسية؛ وهذا ما سوف نقوم بتوضيحه بصورة شاملة عند الحديث عن الثقافة كعامل وقاية من الإصابة بالصدمة النفسية.

■ ثانياً: اضطراب ما بعد التعرض للصدمة عند الأطفال.

Trauma
Post Traumatic

Stress Disorder

أ- تعريف الصدمة النفسية

)

(48 1999)

Perception of capability

(. Malin and Birch, 1998,p,228)

()

()

(1994 240).

()

()

(1994 263).

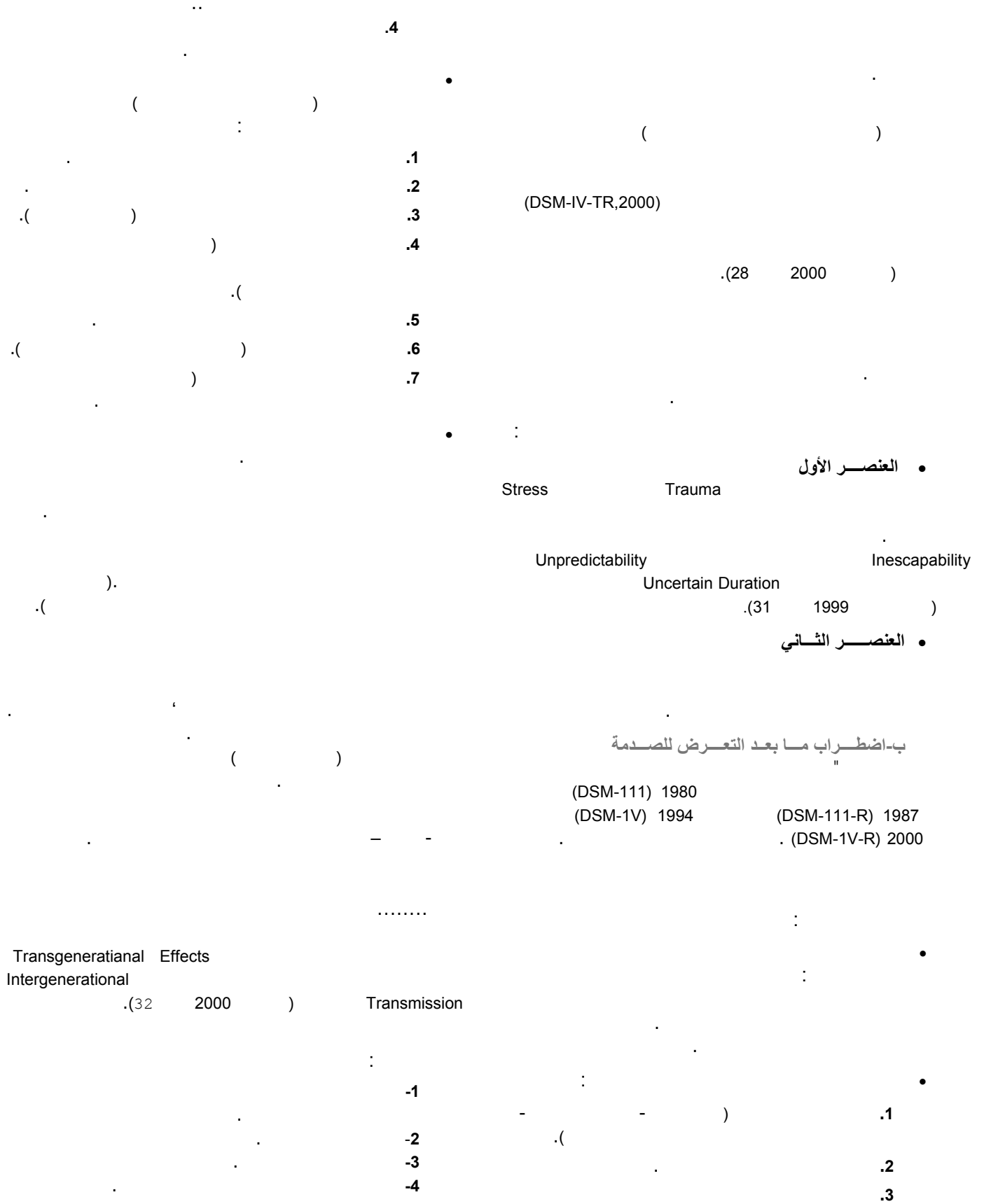
:

3- نموذج سبيلرجر

State Anxiety ()

" " ()

(- -)



-5

-6

-7

-8

-9

2000)

(36 ، 32

■ ثالثاً: المشكلات النفسية والاجتماعية لأبناء المعتقلين السياسيين .

(2002 24-25) .

Coping

Skills

(2002 12-15) .

(2000 83) .

(1996 15) .

Loss

(Montgomery , 1993 , p5)

(2000 81-82) .

:

« المشكلات النفسية

(2001 41) .

)

(1994 238) .

.....

(2000 30 29) .

(2002 25) .

() 1996 (36).
2002 (2) . 53

تعليق وتعقيب

وكما قلنا سابقاً فإن التأثير لا يتعلق بالضرورة بالشخص الذي تم اعتقاله بل يتأثر الأطفال في العائلة أيضاً، وقد يكونوا أكثر المتضررين على الرغم من عدم فهمهم الكامل لمعنى الفقدان والموت، لذا تظهر الآثار لديهم على شكل سلوكيات وآثار نفسية وجسمية مرضية كالتبول اللاإرادي، والحركة الزائدة، الخوف من الأشياء، والعدوان تجاه الآخرين وتدني التحصيل الدراسي.

وهذا يعني أن غياب أحد الوالدين يعتبر عامل أساسي للاختلاط بالمجتمع، كما له آثار سلبية على النمو النفسي والاجتماعي للطفل، وقدرته على إقامة علاقات اجتماعية تفاعلية كافية؛ هذا ما أكدته الكثير من الدراسات.

ولكن علينا أن نوضح أن هذه المشاكل النفسية والاجتماعية الناتجة عن اعتقال أحد الوالدين وخاصة الأب، هي مشكلات نتيجة تعرضهم لمواقف غير طبيعية، وأن البعض منهم من الممكن أن يطور اضطرابات، وأن هذه المشكلات تطرأ وفقاً للتغيرات التي تحدث في المجتمع. وليس وفقاً لتغيرات شخصية هؤلاء الأفراد، كذلك فإن الكثير منهم استمروا في الحياة وكان لديهم توافق نفسي واجتماعي سليم.

رابعاً: الضغط النفسي وثقافة المجتمع

() 2002 (32:30).

() 1993 (9).

الثقافة كعامل حماية من الإصابة بالصدمة النفسية

() 2002 (12، 26).

Social Sanctioning -2

Material Help -3
Emotional Support -4

Companionship -5

Mueller Stress And Health
Sarason and Sarason

Hobfoll (1990)

(1999 56)

(Flanerry1990)

(1993 79)

Cognitive Support -1

رسالة رئيس المركز

الزملاء الأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس المحترمون

تحية طيبة،

أتابع بإعجاب مراسلات "شبكة العلوم النفسية العربية" في مجال تفعيل الاختصاص وتقديم المساعدة الاختصاصية. كما تابعنا في "مركز الدراسات النفسية" مراسلاتكم بخصوص إعداد ملف خاص في "الجلة الإلكترونية للشبكة" عن "التداعيات النفسية لصدمة الحرب في لبنان".

الزملاء الأفاضل، لدينا في "مركز الدراسات النفسية" نية التحرك في مجال الدعم النفسي لصدومي الحرب، وقد تلقينا رسائل دعم جديّة من زملاء عرب بارزين في مجال الصدمة، ممن عملوا في البوسنة وكوسوفو وغيرها. لكن التريث له قائمة مبررات موضوعية برأيي وبحرّتي الشخصية وهي التالية:

1- أن تدخل المعالج النفسي يجب أن يأتي بعد فترة حضانة للصدمة حتى لا يبدو الأمر وكأنه إحياء لمعاناة غير منتهية ومستمرة. وهو من أخلاقيات الاختصاص الواردة في أدبياته.

2- في مثل هذه الحالات يندفع كثيرون من غير المهنيين مهنيًا مما يعرقل العمل بدل دفعه.

3- بعض الاتصالات التي قمنا بها لتأسيس "فريق عمل علاجي عربي" هي لغاية الآن غير مشجعة.

أجدد شكري للقائمين على الشبكة، لمشاركتهم العروبية والفكرية والمتخصصة.

أ. د. محمد أحمد النابلسي - لبنان

رئيس مركز الدراسات النفسية و النفسية

الأمين العام للإتحاد العربي للعلوم النفسية

nabulsy@cyberia.net.lb - info@drnaboulssi.com

ceps50@hotmail.com - info@filnafs.com

EXPRESSIVE WRITING THERAPY FOR VICTIMS OF TRAUMA

Case study from Gaza

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, MD, PHD - PSYCHIATRY - GAZA, PALESTINE

thabet@gcmhp.net

Summary : As writing appears to have many benefits, the future of writing and workbooks needs to be explored further. It is still unclear how effective writing may be in a more naturalistic setting. A more studies using such technique compared to other sort of therapy for traumatized children will highlight the efficacy of such intervention in areas of war and conflict.

All types of therapy mentioned before are (debriefing, verbal narrative therapy, or CBT) had similarities in dealing with cognitive functions of the children and tried to help children in overcoming their adversities and trauma after exposure to traumatic events by developing coping strategies. But, such types are different in number of sessions, presence of children in safe place, and experience of the therapist which could influence the outcome of such therapy.

So, such therapy need to be developed for children in the near future (e.g. techniques, structure of sessions, training for therapists, where it could be used, etc) and how this should be best evaluated.

Introduction: Psychological treatment for PTSD in children

There are very few randomized controlled trials of any therapy with children, let alone therapies specifically for PTSD. Early intervention is attractive if it could be shown that it prevented later development of PTSD or other disorders but, as with adult studies, there have been few published properly controlled trials of any early intervention. Many of these programs have been defined as variations of 'debriefing' (critical incident stress or psychological) and 'trauma/grief-focused' therapy, although these terms have been used for different types of interventions (Dyregrov, 1999). In all early intervention the first and foremost principle is to ensure that the child feels safe and secure, while secondly making sure that he or she is provided with information and clarification about what happened and the state of family members and friends.

However, a number of studies have described or evaluated different models of interventions for PTSD among children who had suffered abuse, experienced natural disasters, or exposed to community violence. These predominantly adopt psychodynamic or cognitive therapeutic frameworks, and a variety of techniques, with the broad aim of enabling the child to make links between trauma, emotions and beliefs, which can subsequently be challenged and modified. These have been designed for the classroom, the family, the individual child, or a group of children exposed to similar events (Pynoos R, Nader K. , 1988).

Debriefing interventions have not been as well evaluated with children as with adult victims of trauma. Galante and Foa (1986) developed a seven-session group treatment program for children living in Italian villages, who had been exposed to an earthquake. The treatment aimed at facilitating communication, discussion of fears, myths and beliefs, discharge of feelings, and empowerment in building their future. Drawing, story-telling, and role-play were used. The program was found to reduce both earthquake fears and the number of children at risk of

developing emotional and behavioural problems. A similar trauma and grief-focused school-based program, consisting of four group and two individual sessions, following an earthquake in Armenia, led to improvement in PTSD but not depressive symptoms (Goenjian et al, 1997). A ten-session group therapy model for adolescent survivors of homicide set up goals of providing grief education, facilitating thoughts and feelings about grief, and reducing traumatic symptoms (Salloum et al, 2001). The Critical Incident Stress Debriefing (CISD) is a structured group program, which has been widely used in disaster counseling, predominantly with adults, with positive findings (Campfield K & Hills, 2001).

Cognitive-behavioural interventions, mainly in group settings, have been associated with decrease in PTSD symptoms among children who experienced single incident stressors (March et al, 1998). King et al. (2000) studied 36 sexually abused children aged 5–17 years who met criteria for PTSD. There were 12 children in each of 3 conditions: CBT with child and family; CBT with child alone; waiting list control. Treatment conditions consisted of 20 sessions. Using ADIS-C to assess PTSD, there was a significant improvement on PTSD ($p < .05$) as well as on self reported anxiety scales. Both ways of delivering CBT were equally effective compared to the control group.

Cohen et al. (2004) showed that Trauma Focuse-Cognitive Behaviour Therapy reduced PTSD, depression and total number of behavioural problems compared to a child-centred treatment for sexually abused children. The Trauma Focuse-Cognitive Behaviour Therapy included training in expressive techniques, understanding of the relation between thoughts, feelings and behaviour, gradual exposure, cognitive processing of the event, joint sessions between parents and children, psychoeducation about sexual abuse or training of parents in parent management skills. The child centred treatment emphasised building a strengthening trusting relationship before children and parents themselves chose how and if they wish to approach the sexual

abuse. The therapist was actively listening, reflecting, showed empathy and supported them in talking about feelings and showed confidence in the children's and adult's coping strategies. Although the work was client centred, written psychoeducative information about sexual abuse was provided and during two sessions the children were prompted to share their feelings about the sexual abuse

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is a more recently described intervention, during which the child identifies distressing memories, related imageries and sensations, and trauma-related negative self-cognitions, which are linked to eye movements, before being reprocessed into positive cognitions (Rogers S, Silver S , 2002).

Group psychosocial support and basic medical care had a superior effect on internally displaced mothers' and children's mental health in post-war Bosnia and Herzegovina (Dybdahl, 2001).

Chemtob, Nakashima and Carlson (2002) found that three treatment sessions resulted in substantial reduction of PTSD, anxiety and depressive symptoms in children with prolonged psychopathology, following exposure to a hurricane in Hawaii one year earlier, compared with waiting list controls. There has been even more limited evidence on the application of such programs in children who experienced war trauma.

Thabet & Vostanis (2005) in a study to evaluate the short-term impact of a group crisis intervention for children aged 9-15 years from five refugee camps in the Gaza Strip during ongoing war conflict. Children were allocated to group intervention (N=47) encouraging expression of experiences and emotions through story telling, drawing, free play and role-play; education about symptoms (N=22); or no intervention (N=42). Children completed the CPTSD-RI the CDI pre- and post-intervention. No significant impact of the group intervention was established on children's posttraumatic or depressive symptoms. Possible explanations of the findings are discussed, including the continuing exposure to trauma and the non-active nature of the intervention.

There is a long standing tradition among torture survivors in South America to write testimony that both helps them express their reactions and acts as a record of what happened to them. More recently using narrative technique is increasingly incorporated in cognitive behavioural therapy with adults (Neuner & Elbert, 2005). Treatment for adult war victims and refugees such as testimony psychotherapy (Weine et al, 1998) could be also applied with children. A recently developed psycho educational treatment program includes cognitive-behavioural techniques and various activities to help children develop coping strategies in the aftermath of war, in order to prevent the need for later treatment (Smith et al, 2002). This raises the question whether psychological programs can be used for children exposed to trauma, *during* (rather than *after*) ongoing war conflict, i.e. set up as crisis interventions while the trauma continues.

In the therapy process of children affected by stress and trauma, the process of disclosing about stressful or painful traumatic events is often considered essential. One such manner is through expressive writing about stressful or traumatic experiences. Expressive writing is related to improvements in health and well-being, across a wide array of outcomes and participant characteristics. As expressive writing requires limited involvement of other individuals, is relatively low cost, and

portable, it has tremendous potential as self-help. In particular, this type of intervention may be an effective means to reach populations unwilling or unable to engage in psychotherapy.

In this paper I will try to explain the origin of writing expressive therapy and examine the efficacy of such therapy generally in adults and specifically in children because few studies had been conducted for this type of therapy for traumatized children in area of continuous conflict and war.

Mechanisms of action of expressive writing for recovery from trauma

There was a question why is expressive writing beneficial? Researchers had hypothesized that its benefits were due to participants being able to circumvent the personal and social constraints preventing them from disclosing their thoughts and emotions regarding traumatic experiences. By not disclosing, participants were forced to actively inhibit their thoughts and emotions surrounding the traumatic event. Disclosing about the stressful or traumatic event was thought to reduce the negative influences of inhibition (e.g., dis inhibit) and therefore reduce the risk of illness. Perhaps surprisingly, the notion that the effect of writing is due to the reduction in inhibition has received little support from research. Inhibitory personality styles are not reliably related to the benefits of disclosure (Smyth and Helm, 2003)

Additionally, writing about traumatic events that have been previously disclosed does not appear to have different health benefits than writing about traumatic events that have not been disclosed (Greenberg & Stone, 1992). Another very interesting study developed by Greenberg, Vortman, and Stone (1996) found that writing about an imagined trauma can provide health benefits. The authors suggest that perhaps the act of confronting an emotion, real or imagined, and being able to control it, leads to increased affective regulation (i.e. clients see themselves as able to handle intense and challenging emotional experiences).

In attempt to further quantify the efficacy of the expressive paradigm with clinical populations, Frisina, Borod, and Leopre (2004) conducted meta-analysis similar to Smyth (1998) that examined the results of true experimental; design studies done with clinical populations (i.e., PTSD, severely depressed, cancer, arthritis). After meta-analysis of 9 studies (including Kovac and Rang, 2000; Schoutrop et al, 2002; Stanton et al, 2002), the authors found expressive writing to significantly improve health. However, they found the paradigm to be more effective on physical than psychological outcomes and less robust on clinical populations when compared to health ones.

Expressive writing may promote alterations in memory structure, making the memory more coherent and organized (Smyth & Greenberg, 2000). Research suggests that the reorganization of the traumatic memory into a narrative may be a critical factor in expressive interventions for traumatized individuals (DeSavino et al., 1993) and for expressive writing more generally (Smyth, True, & Souto, 2001). However, research suggests that merely writing about an event may not be sufficient to produce benefit. Rather, the writing may need to be narrative in format (Smyth et al., 2001).

Pennebaker (1990, 2004) has long demonstrated that writing about emotional events can have very positive effects. Neuner et al. (2004) have developed their narrative exposure therapy technique (NET) and used it in an Rehabilitation Center for Torture with adult refugees in the Sudan. The treated group made significant improvements.

The technique is now being used in a series of smaller studies with children (Schauer et al., 2004). Yule et al (2005) adapted the writing/testimony/narrative approach for use with groups of adolescents exposed to or bereaved through war and disaster and found benefit for those adolescents.

No evidence so far of use of this therapy with children. This would need adapting for children's development such as cognitive capacity, understanding, and communication.

Expressive writing case illustration

Presenting problem/client description of a child from Gaza Strip

Khalid was a 10-year-old boy, in the third primary class, with three siblings. Khalid was presented with a diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) (IES-13 items- 53 scores) resulting from exposure to shelling and bombardment of their area in Gaza. Khalid came with other symptoms of reexperiences of traumatic events, hyperarousal, avoidance, and fears of being killed, and fear on his brothers to extend he behave aggressively of anyone of them leave the house.

Case formulation

Khalid was referred to GCMHP by his family; he was conceptualized as having PTSD and phobia exacerbated by recent traumatic experiences such as witnessing bombardment of the area, shelling of the houses, recurrent incursion. Our primary therapeutic goals were to promote cognitive and emotional processing regarding his past and current trauma, reduce intrusions, fears, and the negative affect associated with thoughts of the traumatic events. After the initial assessment of the child we decided to intervene by individual psychotherapy using drawings, talking about the traumatic experiences he had and his ways of coping with such events. Beside we decided to start a new method of therapy "expressive writing" which consisted of 6 sessions of writing. Each writing session was conducted for 15 minutes with 10 minutes break. Each week he had 2 sessions of writing beside the break of 10 minutes. In the first session, I asked the child to write about his deepest emotions and thoughts about the trauma. What he saw and felt, and what he remember. The he put his paper in a small box and had a break for 10 minutes. The second session for the first day, Khalid was asked to explore his thoughts and feelings and write about all the ways he remember the trauma-sights, sounds, smells, memories, thoughts, and dealings. In the second day, the first session was about his family or other powerful emotions or experiences he have not told others about. Then he was asked to finish in 15 minutes and put his papers in the box again and to go for a break for 10 minutes. In returning for the second session, Khalid was asked to write a story about what happened to him and what he did to help him in surviving. Again he was asked to write about he remember about the trauma. Again when he finished, he put his papers in the box and I told him "*by putting the papers with your writing in the box as you had left the bad feelings and thought off your shoulder*". In the third day, I told him that "*this the last day of the project. Over the last two days , you wrote about your thoughts and feelings about a very difficult event in your life*". Today, we will be focusing on other aspects of these events. I asked him to think about other persons who has gone through a similar event, what to say that person about what helped him to overcome this trauma. He was given 15 minutes to finish writing about this and then to put the papers in the box. After 10 minutes break, I asked him to write about the imagination on being 10 years from now and he is looking back to this moment. How he will think about the event? What does it mean to him now and what do he think he

will see as the most important part when he look back on it in ten years time. After finishing the writing he was asked to put the papers in the box. I told him " It may have been hard for you to write over these days you may already have learned that the writing about you experiences you have organised your story better. You can use on your own at any time in the future. Remember to leave all these feelings and memories behind you put please keep the pencil just to remind you of the new skills you have learned.

Outcome and Prognosis

Upon completion of the sessions, Khalid felt that the writing had been very helpful and valuable to him. He reported that he felt more "peaceful" and that he was optimistic about his brothers safety and future. When evaluated one 2 months later, Khalid reported improved fears, better sleep, and reductions in anxiety symptoms.

References

- . Campfield, K., & Hills, A. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 327-340.
- . Chemtob, C., Nakashima, J., & Carlson J. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 99-112.
- . Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R.A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 393-402.
- . DeSavino, P., Turk, E., Massie, E., Riggs, D., Penkower, D., Molnar, C., & Foa, E. (1993, August). The content of traumatic memories: Evaluating treatment efficacy by analysis of verbatim descriptions of the rape scene. Paper presented at the 27th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta.
- . Dybdahl, R (2001). Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development, 72*, 1214-1230
- . Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 175-181.
- . Frisina, P.G., Borod, J.C., & Lepore, S.J. (2004). Ameta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical population. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192* (9) 629-634.
- . Kovac, S.H. & Range, L.M. (2002). Does writing about suicidal thoughts and feelings reduce them? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32* (4), 428-440.
- . Galante, R., & Foa, D. (1986). An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry 25*: 357-363.
- . Goenjian, A., Karayan, I., Pynoos, R., Minassian, D., Najarian, L., Steinberg, A., & Fairbanks, L. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*, 536-542.
- . Greenberg, M.A., & Stone, A.A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 75-84.
- . Greenberg, M.A., Wortman, C.B., & Stone, A.A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Psychology, 71* (3), 588-602.
- . King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S. et al. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine

activity, and foster parent functioning. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 39, 1347-1355.

. Lepore, S., & Smyth, J. (2002). The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being. Washington, DC: American Psychological Association.

. Neuner, F., Schauer, M., Klasnick, C., Karunkara, J., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. Journal of Consulting and Clinical psychology, 72, 579-587.

. Pennebaker, J.W. (1990). Opening up. The healing power of confiding in others. New York: William Morrow.

. Pennebaker, J.W. (2004). Theories, therapies, and taxpayers: On the complexities of the expressive writing paradigm. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 138-142.

. Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of posttraumatic stress disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 277-289.

. Pynoos, R., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. Journal of Traumatic Stress, 1, 444-473.

. Rogers, S., & Silver, S. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of treatment protocols. Journal of Clinical Psychology, 58, 43-59.

. Salloum, A., Avery, L., & McClain, R. (2001). Group psychotherapy for adolescent survivors of homicide victims. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 1261-1267.

. Schoutrop, M.J., Lange, A., Hanewald, G., & Davidovich, U. (2002). Structured writing and processing major stressful events: A controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 71, 151-157.

. Smyth, J.M., & Greenberg, M.A. (2000). Scriptotherapy: The

effects of writing about traumatic events. In J. Masling & P. Duberstein (Eds.), Psychodynamic perspectives on sickness and health (pp. 121-164). Washington, DC: American Psychological Association.

. Smith, P., Dyregrov, A., Yule, W. (2002) Children and war: teaching survival techniques. Children and War Foundation, Bergen.

. Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (1), 174-184.

. Smyth, J.M., True, N., & Souto, J. (2001). Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structuring. Journal of Social and Clinical Psychology, 20, 161-172.

. Smyth, J., & Helm, R. (2003). Focused Expressive Writing as Self-Help

. for Stress and Trauma. Psychotherapy in Practice, 59(2), 227-235.

. Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., et al. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 20 (20), 4160-4168.

. Thabet, A.A., Karim, K., & Vostanis P. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. European Child and Adolescent Psychiatry, 14, 262-269.

. Yule, W., Dyregrov, A., Neuner, F., Pennebaker, J., Raundalen, M., Emmerik, A. (2005). Writing for Recovery, A manual for structured writing after disaster and War. Children and War Foundation, Bergen, Norway.

. Weine, S., Kulenovic, A., Pavkovic, I., Gibbons, R. (1998). Testimony psychotherapy in Bosnian refugees. American Journal of Psychiatry, 155, 1720-1726.

Arabpsynet ThesisSearch

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Arabpsynet Thesis Form

Send Your Book Summary Via This Form
<http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm>

abpsynet Books SEARCH

<http://www.arabpsynet.com/Book/default.asp>

Arabpsynet Books Form

Send Your Book Summary Via This Form
www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

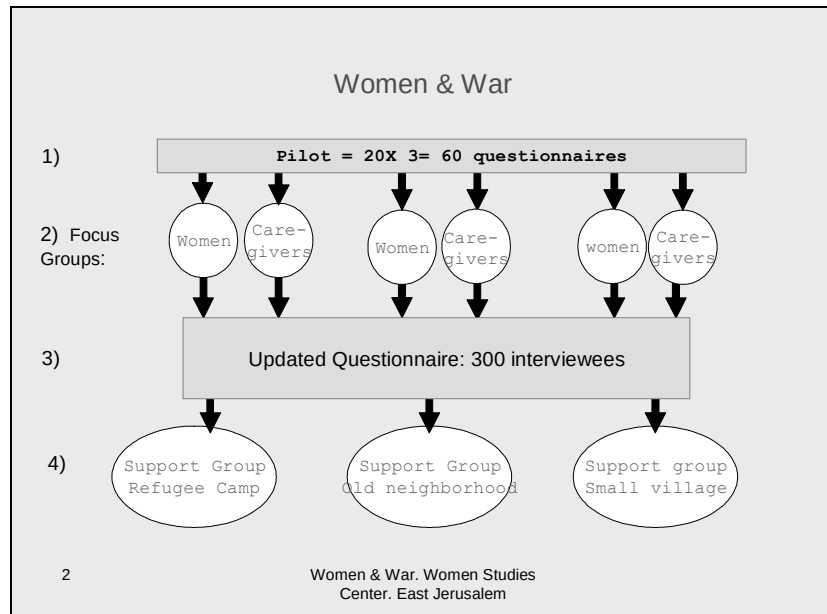
أثر فقدان على الصحة النفسية للأرامل والثكالي الفلسطينيين *

(العلاج بواسطة تمكين النساء)

د. خولة أبو بكر ** - العلاج النفسي الأسري - عكة، الناصرة

khawlaa@yvc.ac.il - Khawlaa@bezeqint.net

مدخل: نعرض في هذا البحث ملخص تجربتنا الميدانية في تقديم خدمات الرعاية النفسية للمرأة الفلسطينية التي عانت تجربة فقدان جميع أنواعه، وقد توخينا طريق العمل في مجموعات مصغرة تشرف على كل مجموعة ميسرتين وكان العمل كالأتي:



أهداف المجموعات الداعمة

- إضفاء الشرعية على ألم الفاقدة وتشجيع الطرق البناءة للتعبير عنه كما تختاره الفاقدة بنفسها وليس كما يفرض عليها
- إحياء تجربة الفقدان التي لم تأخذ حقها بهدف معالجتها
- السماح بالتعبير عن خطابات مكتومة بسبب الأسرة والمجتمع الفلسطيني
- تجنيد الأعمال اليومية للنساء لأغراض العلاج النفسي
- تشجيع أشكال الدعم الاجتماعي الذي يساهم في الصحة النفسية
- تعلم وسائل لدعم باقي أفراد الأسرة الذين يعانون من الفقدان.

فقدان الأهل لدورهم الداعم في الأسرة

•

مبنى المجموعات

- كان العمل في المجموعات الداعمة المرحلة الأخيرة من العمل في المشروع
- كل مجموعة ضمت 13-18 مشتركة شُخصوا في المرحلة الأولى أو دعوا من بين جمهور الفاقات
- عمر الفاقات تراوح بين 20-63
- التقت المجموعة في مكان جماهيري غير حزبي لفترة 12 أسبوع، 3 ساعات كل لقاء

الميسرات

- أدارت كل مجموعة ميسرتين تأهيلهما عمل إجتماعي أو عمل جماهيري
- جميع اللقاءات دؤنت حرفيا
- بعد كل لقاء تلقت الميسرتين توجيهها مهنيا نحو اللقاء التالي
- بعد اللقاء الثالث اتضح أنه يجب إضافة ساعات للدعم النفسي للميسرات.
- أسماء الميسرات: روضة البصير، أمل الأحمد، رانية السلحوس، هنادي الشراوي، فاطمة المؤقت، إيمان صالح

المعنى السياسي لألم الترميل في الإنتفاضة

الصراع في الأسرة الموسعة بعد تجربة فقدان

-1

—

—

-2

تناقضات / Paradox

\$150]

.

%25-20

الأساليب التناقضية في حماية الأسرة لأبنائها

الأساليب التناقضية / (2) Paradoxical ways

"

"

Dissonance

فقدان الأسرة الحق في قرارات التعامل مع فقدان

Detached

الإنتماء لفئة الفاقدين

تفاضل التكلّي على الأرملة

خطاب الشهادة

خلخلة الأدوار المألوفة

(normal and normative)

(reversing roles)

)

(

زعزعة صورة الرجل في الأسرة

مشاكل أسرية بعد فقدان: لوم

concept of fatherhood.

العنف تجاه الأسرة أو الذات

كتم صوت الحاجات الشخصية

الاختيار بين البقاء السياسي وبين صراع البقاء

شبكات الدعم الاجتماعي: عملية تمكين نسائي

الصراع على توفير المعيشة اليومية

فقدان البيت نتيجة لحرقه أو هدمه جزئيا أو كلياً

1948

تأثر التعب المزمن / Fatigue syndrome

Narrative Therapy
Bibliotherapy

Fatigue syndrome

أوجه خدش الحياء / Types of Shameful Behavior

/

تغيير في طبيعة العلاقة الجنسية / Changes in the Sexual
Relation

استخدام نشاطات الحياة اليومية كوسائل علاجية

Anger Management
Aggression Management.

5

خلاصة

جداول مجموعة من الأعراض النفسية - الجسدية - الإجتماعية للمرأة الفلسطينية التي عانت الفقدان

ظواهر اكتئابية/Depressive Symptoms

وتيرة الحدث		قبل الإنتفاضة الثانية						بعد الإنتفاضة الثانية					
		دائماً		أحياناً		أطلاقاً		دائماً		أحياناً		أطلاقاً	
		رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%
اضطرابات في النوم Sleep Disorder	26	8.6	44	14.6	44	46.5	140	54.8	165	19.9	60	4.7	14
فقدان في الشهية Loosing Appetite	12	9	59	19.6	59	44.5	134	34.9	105	21.9	66	12.0	36
زيادة الشهية Binge Eating	10	3.3	94	31.2	94	39.5	119	3.3	10	9.7	29	58.0	17
الانزواء والعزلة Social Withdrawal	8	2.7	73	24.3	73	44.3	133	24.3	73	25.0	75	15.0	45

أرق وهلوسة/Insomnia & Hallucinations

وتيرة الحدث		قبل الإنتفاضة الثانية						بعد الإنتفاضة الثانية					
		دائماً		أحياناً		أطلاقاً		دائماً		أحياناً		أطلاقاً	
		رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%
التشتت وعدم القدرة على التركيز Distraction & Concent. Diff.	7	2.3	73	24.3	73	46.2	139	39.5	119	26.4	74	7.3	22
كوابيس واحلام مزعجة Nightmares	13	4.3	60	20.1	60	43.1	129	29.7	89	21.3	64	20.0	60
سماع اصوات Hearing Voices	10	3.4	42	14.1	42	58.1	173	27.8	83	22.4	67	22.4	67

أعراض جسدية و سايكوسوماتية/Physical & Psychosomatic Symptoms

وتيرة الحدث		قبل الإنتفاضة الثانية						بعد الإنتفاضة الثانية					
		دائماً		أحياناً		أطلاقاً		دائماً		أحياناً		أطلاقاً	
		رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%	رقم	%
الشكوى من اعراض جسدية Physical Symp	10	3.4	51	17.2	51	52.4	155	42.4	126	8.1	24	21.5	64
تعاطي المسكنات والأدوية Drugs Consuming	8	2.7	55	18.7	55	56.5	166	31	93	12.6	37	32.3	95
الزيارات للطبيب Doctor Visits	6	2.0	63	21.1	63	45.6	136	18.7	56	22.7	68	31.1	93

Fears / مخاوف

After الإنتفاضة الثانية						Befor الإنتفاضة الثانية						وتيرة الحدث
اطلاقاً Never		احياناً Never		دائماً Always		اطلاقاً Never		احياناً sometimes		دائماً Always		
%		%		%		%		%		%	رق م	
33.3	100	14.0	42	31.0	93	52.5	158	17.3	52	5.0	15	الشكوى من اعراض جسدية Physical Symp
15.1	45	19.4	58	41.8	125	47.3	141	21.5	64	5.7	17	الرعب المستمر Continuous panic
14		23		63		55.9	166	18.5	55	4.4	13	الخوف من الليل Fear of night
30.5	91	19.5	58	19.8	59	23.9	71	15.2	45	45.1	134	الخوف من الاجتياح Fear of invasion
16.1	48	8.1	24	62.1	185	35.2	105	16.4	49	20.5	61	الخوف من صوت الدبابات و الجرافات Fear of tanks & bulldozers' noises

Loosing Control/ فقدان سيطرة

بعد الإنتفاضة الثانية						قبل الإنتفاضة الثانية						وتيرة الحدث
اطلاقاً		أحياناً		دائماً		اطلاقاً		أحياناً		دائماً		
%		%		%		%		%		%	رق م	
6.0	18	30.3	91	36.7	110	31.8	95	31.1	93	4.3	13	البكاء الشديد Intensive hard crying
36.2	106	14.3	42	17.1	50	63.1	186	11.2	33	1.0	3	جمود المشاعر والشعور بالتخدير Numbness,Freezing
20.5	61	19.8	59	33.2	99	44.7	134	25.3	76	13	4	الغضب الدائم Continuous anger
8.3	25	20.7	62	41.3	124	30.1	90	28.1	84	4.7	14	السلوك العصبي Nervous Behavior

السلوك النفسي - إجتماعي

عد الإنتفاضة الثانية						قبل الإنتفاضة الثانية						وتيرة الحدث
اطلاقاً		أحياناً		دائماً		اطلاقاً		أحياناً		دائماً		
%		%		%		%		%		%	رقم	
73.1	21	1.4	4	220	64	77.3	22.5	2.7	8	15.1	44	تأثير الوضع السياسي على لباس الحجاب Hijab wearing
13.3	40	22.9	69	31.6	95	26.6	80	33.9	10	5.6	17	التزام بالبيت وعدم الخروج أبداً Staying home
31.8	95	21.4	64	11.4	34	29.1	87	28.1	84	3.0	9	الابتعاد الدائم عن البيت Staying away from home

*The Impact of Loss on the Mental Health of Widows and Bereaved Mothers: Empowering the Women

** Women's Studies Center. East Jerusalem.Emek Yezreel College

الفرق واضطراب ما بعد الصدمة

د. داليا عزت مؤمن علم النفس، القاهرة، مصر

dmoemen@hotmail.com

ملخص: إن الآثار النفسية التي تتركها الكوارث تكون في كثير من الأحيان أشد من الآثار العضوية، يهدف هذا المقال إلى تعريف الكوارث وأنواعها، ثم عرض اضطراب ما بعد الصدمة، كما يعرض لكارثة غرق العبارة "السلام 98" واضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين والعوامل التي ارتبطت بالآثار النفسية لهذه الكارثة.

الكلمات المفتاحية: آثار نفسية، تعريف الكوارث، أنواع الكوارث، العبارة السلام 98،

Abstract: Drowning and Post-traumatic Stress Disorder

Psychological consequences included by disasters are more intense than organic consequences. This article aims to define a disaster and its types, then to discuss post-traumatic stress disorder. (PTSD). It will also discuss the drowning of trans-ocean ship "El-Salam 98" and PTSD of survivals and also the factors associated with psychological sequelae for this disaster.

Key words: psychological consequences, disaster definition, disaster kinds. Post-traumatic stress disorder.

1. تعريف الكارثة

■ مقدمة

"

" " " " "

()

)

(1992

3

1887

250000

1992

(25)

.(Figley, 1985, Goto and Wilson, 2003)

1993

2006

: (1992)

.1

.98

.2

(Grievink, 2002, Havenaar et al, 2002, Goto 1991

.3

and Wilson, 2003)

.4

.2

.3

.4

.5

(

(

:

2. أنواع الكوارث
1.2. كوارث طبيعية مقابل كوارث من صنع البشر

2.2. كوارث بسيطة مقابل كوارث مركبة

(

(

3.2. كوارث فردية مقابل كوارث جماعية

()

. (داليا مؤمن، 2005، عاطف رضوان وآخرون
2006، خطة الكوارث للمستشفيات 1995، Cato et al, 2002)

4. غرق العبارة واضطراب ما بعد الصدمة

"98 : "98
1400 2006-2-2
57 (90 1310)

3. اضطراب ما بعد الصدمة

, 75 168 , 388

Posttraumatic Stress Disorder

"98 "

"

" "

."

"

"

(أحمد عبد الخالق،
Meichenbaum, 1994, Mithcel & Everly, 1995, 1998
: (Kathryn and Marian, 2003)

(داليا مؤمن ومحمد عبد الفتاح،
%50 (2006
% 14

.1

.2

(

:

.1

(Kamp et al, 2006, Foa et al, 2006).

2.4. إدراك الشخص للكارثة

"لم نره ولم يرى بناته من عامين ونصف.. إنها صدمة عمري فاجعة كبيرة"

"رأيت الجثث متراصة على الرصيف في أكياس سوداء، والطبيب يمر بين الجثث ويبيده مشرط وبسرعة غريبة يمر بالمشرط على كل جثة دون رحمة أو مراعاة حرمة الموت، ثم قذفوا الجثث في ثلاجة سمك وكأنها أصبحت من المهملات".

3.4. السمات الشخصية وتفاعلها مع الموقف

"غرقنا العبارة ليلاً وحينما ظهرت تباشير الصباح أحسست بالاطمئنان... كنت أحس بالاطمئنان من بداية الغرق وأن هناك من سينقذنا وهذا ما تم بالفعل"

5. المساندة الاجتماعية

(Goto and Wilson, 2003, Smith & Freedy, 2000, Norris & Kaniasty, 1996)

:"جلس يتحدث معي ويطمئن على صحتي، لم أكن أعلم أن هذا الرجل البسيط هو طوق نجاتي من غرقى في غربتي"

"ادعو معي ولا تيأسوا وكان لها دور في رفع روحنا المعنوية وطمأنة قلوبنا".

"فجأة رأينا الدخان منبعث من داخل العبارة جريئاً فوجدنا الهلع والفرح والنار تاكل الأجساد والعظام تتكسر وتحترق وكأنه يوم الحساب... بدأ الماء يتسرب إلى العبارة وبدأت الأجساد المحترقة تنطفئ"، وتكررت جملة "كان هذا يوم القيامة"

"لن أنسى رائحة اللحم المحترق عندما يتلامس مع الماء"

"أصبحت أتفرغ بسهولة"،

1.4. عوامل مرتبطة بالآثار النفسية للكارثة

(Taylor, 1995)

1.1.4. ظروف الكارثة وشدها

41

25

"تعلق بي اثنان لا يعرفان العوم وكنا نغرق نحن الثلاثة معاً ثم نصل إلى السطح حتى غرقا"

"شفت العبارة وهي تنقلب والناس تتساقط منها فتقع على حد العبارة فتتنشط نصفين، ورأيت الناس تسقط على المراوح فتقطع وتتناثر أجزاؤها في الهواء كقطع اللحم المفروم".

- of mental health problems after disaster. J. Clin Psychiatry.;67 (2):15-25.
- Freedy, J.R., Saladin, M.E. Kilpatrick, D. G. Resnick, H.S. and Saunders, B.E.C (1994): Understanding acute psychological distress following natural disaster. Journal of Trauma, 7(2), 257-273.
- Goto, T. and Wilson, J. (2003): A review of the history of traumatic stress studies in Japan: From traumatic neurosis to posttraumatic stress disorder (PTSD), Traumatic Violence, Abuse, 4(3), 195-209.
- Grievink, L. (2002): Determinates of response in the second survey (18 months after) among victims and relief workers of the firework disaster. The International Society for Environmental Epidemiology in Vancouver, Canada. Available on internet: <http://www.ggve.nl/printcorner.asp?SCID=14>
- Havenaar, J. M., Cwikel, J. G. and Bromet, E. J. (Eds.). (2002): Toxic turmoil: Psychological and societal consequences of ecological disasters. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kamp, I. V., Velden, P. V., Stellatol, R. K., Roorda, J., Loon, J. V., Kleber, R. J., Gersons, B. B. and Lebrecht, E. (2006): Physical and mental health shortly after a disaster: first results from the Enschede firework disaster study. The European Journal of Public Health, 16(3):252-258.
- Kathryn, M. C. and Marian, I. B., (2003): Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Association, 1:247-262
- Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (1995): Critical incident stress debriefing. CISD: An operation service an disaster workers. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Norris, F.H. & Kaniasty. K. (1996): Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. J. Pers Soc Psychol, 71 (3): 498-511.
- Smith, B.W. Freedy, J.R. (2000): Psychological resource loss as a mediator of flood exposure on psychological distress and physical symptoms. J. of Trauma Stress, 13 (2), 349-357.
- Taylor, S.E. (1995): Health Psychology. 3rd edition. N.Y.: Mc Coraw-Hill Inc.

Abstract

This paper aims to define the psychological effects of disasters in a sample of victims of "El-Salam 98" ship disaster 2006. The sample included 36 persons. The study used clinical interviewing as the main tool. The results showed that all the study sample members suffered from psychological symptoms after exposure to the disaster, and that 50% of them suffered from post-traumatic stress disorders and adjustment disorders. The study recommends studying psychological immediate reactions to disasters, and giving psychological support to sufferers from disasters in the future.

(داليا مؤمن

وداليا الشيمي، 2006-1995). (Taylor,

/

.(Freedy et al, 1994)

خلاصة

المراجع العربية

1. أحمد محمد عبد الخالق (1998): الصدمة النفسية مع الإشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت. الكويت: مطبوعات جامعة الكويت.
2. الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية: المعايير التشخيصية (2001): ترجمة أمينة السماك وعادل مصطفى. ط1، الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.
3. خطة الكوارث للمستشفيات (1995): القاهرة: مطبوعات مستشفى التأمين الصحي بمدينة نصر.
4. داليا عزت مؤمن (2005): الصحة النفسية في مواجهة الكوارث. متاح على الرابط التالي <http://www.maganin.com/palestine/articlesview.asp?key=61>
5. داليا عزت مؤمن ومحمد عبد الفتاح (2006): دراسة وصفية استطلاعية لآثار النفسية لكارثي غرق العبارة السلام 98 وتفجيرات دهب. حوليات آداب عين شمس، (تحت الطبع).
6. داليا عزت مؤمن وداليا الشيمي (2006): دليل المساندة النفسية لتضري الكوارث والحروب. القاهرة: مطبوعات شبكة إسلام أون لاين.
7. طه عبد الخليم (1992): دراسات استراتيجية: دور ومهام الأخصائي النفسي في الكوارث والأزمات. القاهرة: مطبوعات مركز الأهرام للدراسات الاستراتيجية.
8. محمد أحمد النابلسي وآخرون (1991): الصدمة النفسية: علم نفس الحرب والكوارث. بيروت: دار النهضة العربية.

المراجع الأجنبية

- Cato, D., Hendelin, A., Hermans, R. et al (2002): Major incident medical management and support: The practical approach at the scene. 2d edition: London: BMJ Publishing Group.
- Figley, C.R. (1985): From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C.R. Figley (Eds). Trauma and its make. Vol. I.: The study and treatment of posttraumatic stress disorder. N.Y.: Bunner/ Mazel, pp. 398-415.
- Foa, E.B., Stein, D.J. and McFarlane, A.C. (2006): Symptomatology and psychopathology

المساندة النفسية لمتضرري الحروب والكوارث* (الجزء 1)

دليل المراهقين و الراشدين

د. داليا عزت مؤمن* - علم النفس - القاهرة، مصر

داليا الشيمي** - علم النفس - القاهرة، مصر

dr_daliaelsheme@hotmail.com - dmoemen@hotmail.com

الأهداف: يهدف هذا الدليل إلى إفادة الناشطين والمتطوعين في هيئات ومؤسسات أهلية من غير المتخصصين في تقديم العون النفسي لمتضرري حرب لبنان 2006، وعلى الرغم أنه من المفترض أن يُقدم هذا النوع من العون فريق التعامل النفسي الذي يشمل طبيباً نفسياً وأخصائياً نفسياً وممرضة نفسية، فإننا سنحاول تقديمه بصورة مبسطة وسهلة بحيث يمكن للمتطوعين استخدامه.

الرسالة: من المهم أن نحسن النوايا قبل البدء في العمل وأن تكون رسالتنا "من فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كربات يوم القيامة".

تسعى التخصصات المختلفة للعمل على تقليل الآثار السلبية الناجمة عما يتعرض له الأفراد حين يرون بأزمات أو كوارث من قبيل الحروب أو الأزمات الاقتصادية أو الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين وغيرها... ومن بين هذه التخصصات أو على رأسها يأتي مجال الخدمة النفسية، والذي يهتم بسلامة الفرد النفسية، ومساعدته على إعادة القدرة على التأقلم مع الأوضاع التي يمر بها أو مرت به.

تعني "المساندة النفسية" مساعدة الأفراد على فهم الحدث الضاغط بشكل أفضل وإمدادهم بالمصادر وأساليب التكيف مع هذه الضغوط، وقد يكون الدعم بشاركتهم وجدانياً ومساعدتهم على التنفيس الانفعالي أو بتقديم المعلومات ومساعدتهم على إعادة تنظيم أفكارهم؛ وهو ما يمكنهم من التخفيف التدريجي من الآثار السلبية للحرب، وتقليل ما خلفته من أعراض نفسية، سواء من الناحية الفكرية أو الوجدانية أو الجسمية.

هذا... ويقوم بدور المساندة النفسية غالباً أخصائي نفسي مدرب؛ حتى يتمكن من التعامل مع ضغوط الأفراد بطريقة حرفية ومهنية سليمة، فمن المفترض أنه يقوم بتشخيص الحالة، ثم علاج ما يمكنه في حدود خبرته وتأهيله العلمي، أو التحويل للمختص لو كان هناك ما يخرج عن قدرته على التعامل معه كالتحويل للطبيب النفسي.

وتتفق معظم الكتابات التي تتناول فرق المساندة النفسية على ضرورة أن يشتمل الفريق على أخصائي نفسي مدرب، بالإضافة إلى طبيب نفسي، كذلك يشتمل الفريق على أخصائي اجتماعي.

بالإضافة إلى المتطوعين من غير الدارسين الذين يتم تدريبهم بحيث يمكنهم المساعدة في مثل ذلك. ويتم التدريب على عدة مهارات للفريق الذي يقدم المساندة النفسية للمتضررين في الأزمات المختلفة منها:

1- التدريب على أساليب التواصل الفعال.

2- التدريب على تشخيص الاضطرابات المختلفة التي يشيع ظهورها في مثل هذه الحالات، كالقلق، والخوف، والاكتئاب.

إلى غير ذلك من الاضطرابات مع الإلمام بأعراض كل منها لتشخيصه. وما يجب التنويه إليه إلى أن المساندة النفسية على الرغم من كونها اصطلاحاً عاماً يصلح للمواقف المختلفة، إلا أن هناك فروقاً نوعية يجب أخذها في الاعتبار، مثل: المساندة النفسية للأطفال والتي تحتاج خبرة في التعامل مع الأطفال، فالطفل قد يصعب عليه التعبير عما أصابه في صورة كلمات، كما يصعب علينا توصيل ما نريده له بنفس الطريقة، وهنا يجب أن نكون على دراية بالوسائل الأخرى والتي تشمل: الرسم، واللعب، والسيكودراما.

"الدعم النفسي"

2. الاضطرابات النفسية لدى المراهقين والراشدين

1. الآثار النفسية للكوارث

1.1 الآثار النفسية الفورية مهارة الفرز النفسي:

- التفاعل الحاد للكرب
- اضطراب ما بعد الصدمة
- الاكتئاب

1.2 التفاعل الحاد للكرب Acute Stress Reaction

): (

- حالة من التبلد، مع بعض الانكماش في مساحة الوعي والانتباه

- أعراض اضطراب وظائف الجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي)

-) (

2.1. الآثار النفسية اللاحقة

2.2 الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic Stress Disorder

هـ) الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل () .	والسمة الأساسية في هذا الاضطراب هي الذاكرة الصدمية " "
و) إنضغاط نفسي و يؤدي إلى تدهور الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.	:
1.2.2. العوامل المؤثرة في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة: أ- العوامل المتعلقة بالشخص:	في الانفجار الثاني اترميننا على الأرض، وبحث عن أمي فوجدتها ملقاة على الأرض وثلاث أرباع رجلها غير موجودة، وحماتي أصيبت وابنتي وأنا نفسي عندي شظايا في جسمي أ) تعرض الشخص لحادث صدمي (كارثة) :
ب- عوامل متعلقة بالحدث:	-1 -2
ج- المساندة الاجتماعية:	ب) إعادة معايشة الحدث الصدمي؟ :
2.2.2 التغير المتوقع في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة:	-1 ذكر
!!	-1 -2
Depression الإكتئاب 2.3	-3 -4 ...
بعد الحادثة جه لي ذهول مش متخيل اللي حصل حاسس إنني مش مرتاح، ودقات قلبي بتزيد لو حصل شيء شد أعصابي، وباتنرفز بسرعة). د) أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم:	ج) التفادي المستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث:

() () ...

4. الدعم النفسي للمصدومين

أولاً: بالنسبة للتعامل طبقاً للمنطقة:

()
()
()

ثانياً: طبقاً للحالة النفسية:

1.4. الدعم النفسي الفوري*:

1.1.4. اجعل الخبرة الأولى شخصية:

2.1.4. طمئن الضحية واجعله يشعر بالأمان

...

()

)

(

3.1.4. اشملهم بالعناية الكاملة:

...

()

(...)

—

•

•

()

•

•

6.1.4. اعطهم مؤشرا للتدعيم النفسى

...

()

4.1.4 اهتم بهم وأبعدهم عن مصدر الخطر

—

2.4. الدعم النفسى اللاحق:

•

•

•

(...- -)

-

-

-

...

أنواع الدعم النفسى اللاحق:

1.2.4. المناقشة الجماعية:

•

•

أهداف

5.1.4. المناقشة الجماعية

•

" "

-

مميزات

*

...

*

*

2.2.4. التفريغ النفسي:

- ()
- :
- :
- :
- () () .()
-
-
-

()

.()

:

.()

3.2.4. المساعدة المستمرة:

-
-
-
-
-
- ()
-

5. المحافظة على الصحة النفسية لفريق العمل:

:

((((

(

" " " "

(") "

1.5. نقاط هامة بالنسبة للمتطوع

أخطاء يقع فيها المتطوع:

" "

.()

- داليا عزت مؤمن. (2005). الصحة النفسية في مواجهة الكوارث. متاحة على الرابط التالي: <http://www.maganin.com/palestine/articlesview.asp?key=61>
- عاطف رضوان وآخرون (2005). الإسعافات الأولية ومواجهة الأزمات. ط2، الزقازيق: مركز التدريب على طب الأزمات.
- محمد المهدي (2004). كرب ما بعد الصدمة. متاح على الرابط التالي: <http://www.maganin.com/palestine/articlesview.asp?key=2>
- محمود حمودة. (1991). النفس أسرارها وأمراضها. ط3، القاهرة.
- Chemtob, C. N. Tomas, S., Low, W. and Cremniter, D. (1997). Post disaster psychological intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological stress. Am. J. of Psychiatry, 154(3), 415-7
- Hariki, S. (2006). Child's trauma intervention in children and adolescent: Drawing in children. Paper presented in psychological intervention at times of disasters: Training program for participants. Cairo: Kasr el-Maadi Psychiatric Hospital.
- Hotgetts, T.J. and others. (2002). Major incident medical management and support. 2nd edition. London:
- Kaplan, Z., Lancu, I. and Bodner, E. (2001). A review of psychological debriefing after extreme stress. Psychiatr. Serv., 52: 824-7.
- Smith, B. W, and Freedy, J. R. (2000). Psychological resource loss as mediator of the effects of flood exposure on psychological distress and physical symptoms. J. Trauma Stress, 13(2): 349-57.
- Taylor, S. E. (1995). Health psychology. 3rd edition. N. Y.: McGraw-Hill Inc.
- Weisaeth, L. (2004). Prevention after-effects of disaster trauma: the information and support center. Prehospital Disaster Med, 19(1): 86-

2.5. حماية المتطوع لنفسه:

ملخص شكل العمل المطلوب

المراجع

- أحمد عبد الخالق. (1998) الصدمة النفسية.
- مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على الكويت. الكويت: مطبوعات جامعة الكويت.
- الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية: المعايير التشخيصية (2001): ترجمة أمينة السماك وعادل مصطفى، ط1، الكويت، مكتبة المنار الإسلامية.

الملاحق

ملحق 1

- العمر: الجنس: الحالة الاجتماعية:
- التعليم: العنوان:
- المساعدات التي حصل عليها:
- اكتب الأحداث الصدمية التي تعرض لها الناجي كما رواها:
- المساندة الاجتماعية والمادية المتاحة له:
- الأعراض النفسية التي لاحظتها عليه:
- حالته النفسية قبل الحرب: هل كان يعاني من اضطرابات نفسية أو أحد أفراد أسرته:
- هل ترى أنه من المناسب تحويله إلى العلاج النفسي؟ لا / نعم

ملحق 2

حافظ على صحتك النفسية

كيفية التأقلم مع الكارثة

بداية يجب أن تكون على علم بالمعلومات الآتية:

- ا أحد يشهد الكارثة ولا يتأثر بها سواء نفسياً أو مادياً
- طبيعي جداً أن يشعر الإنسان بعدم الأمان والخوف على نفسه وأهله وأصدقائه أثناء الكارثة
- يعتبر الحزن والغضب ردود أفعال طبيعية للكوارث المفاجئة

- يجب قبول المساعدات من المؤسسات والهيئات المختصة لحل المشكلات النفسية والمادية
- كل إنسان لديه احتياجات مختلفة وطرق مختلفة للتخلص من هذه المشاكل
- طرق الحد من الضغوط النفسية المصاحبة للحرب
- تحدث مع أي شخص عن غضبك والمشاعر والأحاسيس التي بداخلك
- اطلب المساعدة واستشر المؤسسات المختصة بالصحة النفسية
- لا تجعل نفسك مسؤول عن الأحداث ولكن يمكن ان تكون ضمن الأفراد الذين يقومون بعمل الإسعافات الخفيفة
- كن أثر نشاطاً وزد من التفاعل الاجتماعي والمشاركة الفعالة لتجنب الضغوط النفسية التي يمكن أن تحدث لك نتيجة الحرب
- اقض وقتك مع الأصدقاء والعائلة، واجأ إلى أشخاص معينين من الأصدقاء والعائلة الذين لهم تأثير لتخفيف الأعباء النفسية
- بالنسبة للأطفال

- الحروب تجعل الأطفال يشعرون بالخوف وعدم الأمان والبكاء المستمر لذلك على الآباء والمدرسين ملاحظة ذلك للتدخل في الوقت المناسب
- ردود أفعال الأطفال مختلفة فمنهم من يتأثر نفسياً بعد الكارثة مباشرة والبعض الآخر يظل في حالة جيدة لمدة أسابيع أو شهور ثم يبدأ في الاضطراب النفسي
- طمئنة الطفل وقت وقوع الكارثة مهم جداً مثل وضع الطفل في حضن أمه وتهنئته بالكلام، وبالنسبة للأطفال الأكبر سناً يجب الرد على أسئلتهم بكل أمانة عن الوضع مع الأخذ في الاعتبار عدم الشرح التفصيلي الذي يربح الأطفال
- تشجيع الطفل لكي يتعد عن عواطفه وانفعالاته بالكلام أو المناقشة أو الرسم ويجب إبعاد الأطفال بقدر الإمكان عن وسائل الإعلام التي تعرض وتحدث عن تفاصيل الحرب
- تقليل الواجبات المدرسية وتشجيع الطفل على إبداع والتفكير

*موقع إسلام أون لاين

** علم النفس، جامعة عين شمس

*** أخصائي تنمية مهارات وتدخل مبكر وتعديل سلوك للأطفال بمستشفى الجلاء

مدرب قياس نفسي وتعديل سلوك بمركز دراسة الطفولة بجامعة عين شمس

Arabpsynet Psychiatrists Gold Book

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

Arabpsynet Propositions

Send Your Propositions Via This Form

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

المساندة النفسية لمتضرري الحروب والكوارث (الجزء 2)

دليل المتعاملين مع الأطفال

د. داليا الشيمي ** - علم النفس - القاهرة، مصر

dr_daliaelsheme@hotmail.com

مدخل: يختلف التعامل مع الأطفال المتضررين من الحروب والكوارث عن التعامل مع المتضررين، وذلك من حيث الأعراض التي تظهر عليهم وكذلك من حيث الطريقة التي يجب علينا إتباعها في التعامل مع ما يظهر عليهم من أعراض... ويرجع اختلاف طريقة التعامل مع الأطفال عن الكبار إلى عدة أسباب منها:-

- 1- انخفاض قدرة الطفل على التعبير، بمعنى أنه لا يعرف كيف يعبر عن آلامه وما يعانيه في صورة كلمات أو ألفاظ لغوية.
- 2- أن ما يظهره الطفل من علامات ومؤشرات ظاهرة (كالبكاء أو ما يظهر عليه من علامات للتعبير عن الخوف) يمكن تفسيره في أكثر من فئة، بمعنى أن البكاء ربما يعبر به عن القلق النفسي أو عن الحاجات الفسيولوجية كالجوع مثلا... أو قد يعبر به عن رغبته في أن يلفت نظر الآخرين له.
- 3- إن مساعدة الطفل في التخلص من معاناته لا يصلح معها أيضا الكلام المباشر، وذلك لانخفاض قدرته على إدراك ما يقع خلف الكلمة من محاولة للتخفيف فمن الصعب على الطفل فهم المحاولات الكلامية المباشرة لتعديل أفكاره وجعله يتقبل ما يتعرض له.
- 4- إن الطفل بوجه عام وفي الظروف الطبيعية يحتاج لطريقة خاصة في التواصل والتفاعل معه، فالتعامل معه يحتاج لمهارة من الفرد الذي يرغب في إقامة علاقة معه. وهي تلك المهارة التي سوف نتحدث عنها بالتفصيل في هذه الدراسة.

1. العلاقة و التواصل مع الطفل

..

2.3

2. الهدف من التواصل:

()

2.4

.... (اختار ما يحلو لك من حكايات منتشرة في بلدك يمیل لها مع الأطفال).

2.1

....

2.5

2.2

.2.6

.2.7

.2.8

.2.9

1- ملاحظتك للطفل بنفسك، وذلك من خلال رؤيتك له عن بعد وملاحظتك لطريقة تفاعله وتحركه و.....

2- جمع المعلومات عن الطفل من خلال سؤال أفراد أسرته أو من يشرف عليه في المكان الذي يعيش فيه أو الراشد المسئول عنه.....

1- السؤال العام عن الطفل وترك المتحدث يذكر كل معلوماته عن الطفل دون مقاطعته ويتم ذلك في صورة حكاية أو مقتطفات عن سلوكيات الطفل، ويحتاج الأمر منك بعض التدخل في طلب بعض المعلومات أو الاستزادة حول نقطة ما.

2- وتعتمد الطريقة الثانية على سؤالك أنت عن بعض الأمور المحددة والتي تفيدك في التعرف على اضطراب الطفل.

(.....)

3. الفرز النفسي الأول

1- اسأل عن طبيعة الطفل قبل الأزمة وهل هناك اختلاف؟ اطلب من المسئول عن الطفل أن يحدد هذه الاختلافات؟ مثال: كان الطفل ينام لمدة ساعات (6 أو 7 أو....) دون استيقاظ أثناء الليل، وبعد الأزمة أصبح يستيقظ في صراخ أثناء الليل مرتين على الأقل.....

2- الطريقة التي عبر بها الطفل عن ما شاهده، وكيف فسرت له أسرته أو من حوله ما حدث، وكيف استقبل ذلك.

3- استجاباته الأولى، هل ظهرت عليه علامات قلق أو خوف أو تبدل أو.....

4- نوم الطفل، طعامه، قضاؤه لحاجاته.

5- لغة الطفل هل حدث فيها تغير، هل ظهرت عليه

6- الأشياء المحببة للطفل فإن ذلك سوف يعينك عند التدخل لمساندته والتقرب له.

()

ملحوظة هامة: لاحظ أن هذا الفرز هو عملية مبدئية، فربما تثبت لك المعلومات بعد ذلك أن الطفل الذي يبدو وكأنه غير متأثر بدرجة شديدة هو أكثر الأطفال احتياجا لمساعدتك، ولكنه يقاوم أو لا يملك التعبير عن معاناته أو أن هذا التأثير سوف يظهر عليه لاحقا، وهنا مكن أهمية المعلومات التي يجب أن تجمعها عن الطفل.

4. مهارة جمع المعلومات

(.

-

2.5. الأطفال في المرحلة الابتدائية

:

1.2.5. الاسترجاع البصري للأحداث:

2.2.5. نسيان أو خلل في ترتيب الأحداث:

()

5.

:

1.5. أعراض ما بعد الصدمة لدى صغار الأطفال:

:

()

1.1.5. الخوف الشديد ()

()

-

()

-

:

-

).

(.

4.2.5. تراجع في السلوك:

:

2.1.5. تكرار رموز أو ألعاب ترمز للحادث المأساوي:

•

:

-

5.2.5. انخفاض القدرة على التركيز وبعض قدرات التحصيل

الدراسي:

-

6.2.5. زيادة الغضب والعنف السلوكي واللفظي، والإحباط:

3.1.5. الارتداد لممارسات سابقة، معارضة سلوكيات

()

-

()

-

:

)

-

7.2.5. ظهور الإحباط:

3.1.3.5

8.2.5. رفض الحدث وإنكاره:

النموذج الأول : رسم طفلة فلسطينية عاصرت قصف مدينتها والمنازل المجاورة لها:

رسمت الطفلة عدة أشجار متدرجة في الطول الشجرة الأولى قصيرة ولكنها مثمرة بدرجة كبيرة وأوراقها كاملة ثم شجرة أطول ولكنها ذات إثمار ضعيف جدا وأوراق معدودة، ثم شجرة أخرى أطول ولكنها خاوية تماما من الأوراق والفروع وتبدو ساق فقط.

- وعند سؤالها عبرت أن هناك ريح تأتي لتأخذ من الشجرة أوراقها وثمارها كلما كبرت، بحيث لا يستطيع أهلها لأهل الشجرة وأصحابها الاستفادة من أوراقها في إطعام أطفالهم.

- وكانت تعبيراتها اللفظية كالتالي:

"الريح الشريرة ترفض أن يأكل الأهالي من ثمار زرعهم...."

وبالطبع ترمز الريح الشريرة للعدو الصهيوني الذي يقتلع كل شيء حتى لا يستفيد به أهل البلد.

3.5. وسائل التشخيص

النموذج الثاني : رسم الطفل "محمد" الذي نجا من العبارة السلام "98"

رسم سمكة كبيرة تأكل سمكة صغيرة،.. فالسمكة الصغيرة هي أهله الذين غرقوا في البحر، مما يكشف عن شدة قلقه، رغم عدم قدرته على التعبير. والسمكة الكبيرة ترمز للبحر، الذي أكل الناس بالفعل.

النموذج الثالث : رسم طفلة (آية) تبلغ من العمر 6 سنوات، وقد فقدت في زلزال مصر 1992 أسرته ومنزلها:

رسمت منازل، وأشخاص وكتب وأدوات منزلية تطير في السماء وبعضها يغيب وراء السحاب المنتشرة في السماء.... وفي هذا الرسم تعبر عن فقدان منزلها وأسرته، وعلقت على ذلك "كل حاجة راحت عند ربنا، وماما خدت المطبخ معاها عشان تعمل لبابا أكل هناك لحسن ربنا تكون عنده الأنبوبة فاضية وبابا بيجي جعان... ولما ماما تخلص الأكل هاتنده عليا عشان أطلع أكل"... عبرت عن شعورها بفقدانهم، وعن رغبتها في اللحاق بهم للحياة وسطهم.

النموذج الرابع :

رسم عدد كبير من الأفراد في صورة عائلات أم

1.1.3.5 ولتحقيق الفائدة المطلوبة من الرسم

2.1.3.5 حاول أن ترقب الطفل وهو يرسم، دون أن يلتفت لذلك، ما أهمية ذلك؟

و ذات مرة ظل يضرب الطفل الآخر (المفترض أنه المتهم أو المعتقل) حتى أصابه فأدمي جسمه. (على الرغم من أن ذلك لم يحدث مع والده بهذه الدرجة، إلا أنه يعبر عن عدوانه بهذه الطريقة).

: طفلة أخرى تعرض منزلها للهدم في حملات الاجتياح الإسرائيلية على منازل الفلسطينيين أخذت تمارس لعبة فردية وهي أن تقوم بتجهيز وتركيب القطع المكونة للمنزل وتحرس على إتمامه بصورة دقيقة ووضع كل شيء مكانه، ثم لا تلبث أن توقعه بطريقة عنيفة حتى لتتطأير القطع وتظل تبكي حتى تدخل في حالة من الإغماء وحين منعها من ذلك تظل تحاول وتجاهد حتى تفعل، منعت من قطع المنزل استعاضت عنه بالورق لكي تفعل نفس الشيء. عندما كانت لعبة الطفلة رمز لما تعرضت له أو بالأحرى تكرار له، وإظهار للتعبير الذي لم تظهره وقت وقوع الحدث، حيث لم تبكي الطفلة وقت الهدم الحقيقي لمنزلها.

وأب وأطفال في مكان كبير يقفون كالمعلقون لا هم على الأرض ولا هم في السماء، وكل منهم يمارس نشاطه، فهناك من يخلع ملابس، ومن يسرح شعره... وقال معلقا: "كلهم هايقعوا عشان الأرض بعيدة وهمه عبيطين مش عارفين وبيسرحوا، همه هايقعوا أنا عارف..." عبر الطفل عن غياب الشعور بالأمان، وإحساسه بأن الموقف سوف يتكرر ثانية، وعليه فينبغي على الأفراد الحذر، وعدم ممارسة حياتهم بشكل طبيعي تحسبا لوقوع هذا الحادث مرة أخرى.

هناك العديد من النماذج التي يمكن أن ننقلها يعبر فيها الأطفال عما يدور بداخلهم، ويمكن الاستفادة منها في الفهم والتشخيص. فالرسم وسيلة جيدة لتحقيق ذلك خاصة إذا لم تقيد الطفل برسوم معينة...

محاذير استخدام الرسم في التفسير والفهم

-1

-2

-3

-4

1.2.3.5

2.2.3.5

3.2.3.5

2.3.5. اللعب

3.3.5 السيكودراما:

اللعب و الحالة النفسية للطفل؟

: طفل في الخامسة من عمره تعرض والده للاعتقال بصورة وحشية أمامه، فأتي بعض أفراد السلطة لأخذه من منزله أمام أطفاله، فظل هذا الطفل يكرر تلك اللعبة مع الأطفال معه في الحي، فيلعب دور الضباط الذي يقبض على الناس

**** علم النفس جامعة عين شمس**
تنمية مهارات وتدخّل مبكر وتعديل سلوك للأطفال
بمستشفى الجلاء
مدرب قياس نفسي وتعديل سلوك مركز دراسة الطفولة

[illegible]

The screenshot shows a web form for adding a job offer. The form is titled 'Form Add Jobs Offer' and includes the following fields and sections:

- Company Name:** A text input field.
- Country:** A dropdown menu.
- City:** A dropdown menu.
- Other:** A text input field.
- Comments:** A large text area for additional information.
- Save:** A button to submit the form.

The form is styled with a light blue background and has a simple, functional layout.

قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمسجلات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المخصصين والمهتمين خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المصنف على اتجاهات البحوث العالمية وتعرفه بأخبار ومسجلات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصلية. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المساندة للمسجلات وللمعاجات الفعلية لمجتمعنا العربي .

تقبل للنشر الأبحاث بإحدى اللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

- 1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
 - 2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
 - 3- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة
 - 4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
 - 5- المقالات العامة المختصة
- المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء، فنانين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه، وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■ قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والنوثق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص من (لا تقبل الأبحاث الورقية) .
- إرسال السيرة العلمية المختصة بالنسبة للكاتب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

■ قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين منبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
- 3- استيفاء البحث لمطلوبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يتضمنه من مقدمة وإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العين، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكمومترية وخطوات إجراء الدراسة.
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجدول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- خضوع الأعمال الطبفسية المعروضة للنشر لتحكيم اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما خضوع الأعمال العلمفسية لتحكيم اللجنة الاستشارية العلمفسية، وذلك وفقاً للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
- 8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المفوضة لأصحابها.
- 10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعد الوثائق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكّر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المراجع يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius et al., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدرعاش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وذلك أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990: 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكّر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيباً أبجدياً. دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولاً ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة، أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية

-عندما يكون المرجع غنياً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايبة (2002). تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

-ج- عندما يكون المرجع غنياً في كتاب:

- اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث
- 1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت لها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع
- 2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا ملست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ومرونة الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالآصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد الوثائق

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة وتقدمها إذا توافرت الشروط الآتية:

- 1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي
 - 2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الاكتشافات التي يطرحها وإيجابياته وسلبياته
 - 3- غنوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.
- كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس والطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتاجها وأهم القرارات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

قسيمه شرااء سي دي المعجم الإلكتروني
www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm